М. Э. Телешевская
Н. И. Погибко

Вопросы врачебной деонтологии

М. Э. ТЕЛЕШЕВСКАЯ,
Н. И. ПОГИБКО

ВОПРОСЫ ВРАЧЕБНОЙ ДЕОНТОЛОГИИ



Ленинград · «МЕДИЦИНА»
Ленинградское отделение 1978

УДК 614. 253

Вопросы врачебной деонтологии. **Телешевская М. Э., Погибко Н. И.** Л., «Медицина, 1978, 160 с.

В монографии рассматривается широкий круг вопросов, интересующих врача любой специальности: особенности взаимоотношений врача и больного, складывающиеся в процессе диагностики и лечения, психология больного, вопросы профессиональной врачебной этики, сохранения медицинской тайны, этические аспекты медицинских исследований на людях. Особое внимание уделяется роли психогенных факторов в развитии нервно-психических и соматических заболеваний, изменениям системы отношений личности, самооценкам течения болезни, анализу различных возрастных этапов в жизни больного. Рассматривается проблема социально-трудовой реабилитации больных, подчеркивается роль трудотерапии, влияния социальной среды.

Издание рассчитано на клиницистов и организаторов здравоохранения.

Книга содержит 172 библиографических наименования.

Т $\frac{50100 - 027}{039(01)\text{-}78}$ 72-77

ПРЕДИСЛОВИЕ

В свете решений XXV съезда КПСС медицинская наука и профессия врача приобретают возрастающее социальное значение. Восстановление здоровья человека и его возвращение в трудовой коллектив, в семью и общество — важнейшая задача лечебно-профилактических учреждений и врачей всех специальностей.

Медицина все более использует достижения таких наук как психология, социология, педагогика, кибернетика, данные которых способствуют решению вопросов о соотношении биологических, психологических и социальных факторов в развитии и течении ряда заболеваний, о роли психо-социальных воздействий в процессе лечения больных и социально-трудового их восстановления.

В последние годы медицинская литература пополнилась рядом монографий, посвященных различным сторонам одной из серьезных ее проблем — медицинской деонтологии. Деонтологию по праву считают душой медицины и мудростью врачевания. Повседневная многогранная деятельность советского врача не может быть оторвана от основных принципов врачебной этики и деонтологии.

Выделенный для обсуждения в настоящей книге круг вопросов представляется актуальным для врача любой специальности: это особенности профессии врача и особенности взаимоотношений врача и больного, складывающиеся в процессе диагностики и лечения, и эталон врача — с позиции больного, те особые

переживания, которые испытывает человек, ставший «больным».

В книге рассматриваются отдельные вопросы врачебной профессиональной этики, отношений между врачами, сохранения врачебной тайны, этические аспекты медицинского эксперимента и другие.

Особое место отведено вопросам влияния психогенных факторов, микросоциальной среды, труда на больного, задачам психотерапевтического подхода к больным и социально-трудовой их реабилитации.

Если, знакомясь с книгой, врач вновь продумает, проанализирует и, быть может, переосмыслит отдельные вопросы деонтологии, с которыми он постоянно сталкивается в своей повседневной трудной, сложной и многообразной деятельности, авторы будут считать свою задачу оправданной. Авторы также будут весьма признательны, если читатели сочтут возможным поделиться своими замечаниями по поводу содержания книги.

ВРАЧЕБНАЯ ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ

Под этикой понимают учение о морали, о нравственности. Медицинская этика — это раздел науки о роли нравственных начал в деятельности медицинских работников, об их высокогуманном отношении к больному как о необходимом условии успешного лечения и укрепления здоровья людей. Основоположники марксизма-ленинизма показали, что этика — одна из форм общественного сознания, и вскрыли исторический и классовый ее характер. Ф. Энгельс писал: «В действительности каждый класс и даже каждая профессия имеют свою собственную мораль...» [1].

Возникновение и развитие врачебной этики связано с потребностями практической медицины и зависит от характера господствующих социальных отношений, существенно изменяясь при переходе от одного общественного строя к другому. «Этика советского врача, по определению Н. А. Семашко, — это этика своей социалистической Родины, это этика строителя коммунистического общества, это коммунистическая мораль, это истинно человеческая мораль, стоящая выше классовых противоречий. Вот почему мы не отрываем понятие о врачебной этике от высоких принципов гражданина Советского Союза» [2].

Профессиональная этика влияет на развитие личности в целом, поскольку коммунистическая нравственность характеризуется прежде всего отношением к труду. Поэтому профессиональный долг является существенной стороной общественного долга. Понятие врачебного долга представляет важнейшую часть

---

[1] **Маркс К. и Энгельс Ф.** Сочинения, изд. 2-е, т. 21, с. 298—299.

[2] **Семашко Н. А.** Избранные произведения. М., 1967, с. 93.

врачебной этики, иначе—врачебная деонтология входит в качестве стержневой проблемы во врачебную этику.

Термин «деонтология» (от греческих слов «деон» — должное и «логос» — учение) введен в начале прошлого столетия английским философом Бентамом как наименование науки о профессиональном поведении человека. Частью общей деонтологии является медицинская деонтология, изучающая принципы поведения медицинского персонала, направленные на максимальное повышение полезности лечения и исключение неблагоприятно влияющих упущений в медицинской деятельности. В понятие медицинской деонтологии входит и система взаимоотношений, которая устанавливается в процессе лечения между врачом и больным. Деонтологию называют учением о должном поведении медицинского персонала. Несколько шире врачебная деонтология определяется в Большой Медицинской Энциклопедии, где в круг ее задач включается и устранение «вредных последствий неполноценной медицинской работы».

Б. Д. Петров отмечает, что деонтология понималась отечественными медиками «...не как свод правил, определяющих профессиональное поведение врача, а как учение о долге врача, о его гражданских обязанностях — не только перед больными, но и перед всем народом... Для отечественных врачей характерна деонтология, проявляющаяся не в высказываниях и декларациях, а в поступках, поведении» [1]. Автор справедливо включает в понятие деонтологии проблемы отношений врача и больного, врача и общества, профессиональный и гражданский долг врача, т. е. основные нравственные проблемы медицины. Таким образом, предметом врачебной деонтологии являются принципы должного не только в отношении отдельной личности, но и в отношении общества. Следует отметить, что большинство зарубежных авторов обсуждают деонтологические требования с учетом главным образом интересов пациента, не всегда, правда, соблюдаемых в западных странах.

---

[1] **Петров Б. Д.** Деонтология в истории отечественной медицины. — 1-я Всесоюзн. конф. по проблемам медицинской деонтологии. М., 1969, 1970, с. 16.

В пределах каждой специальности (хирург, терапевт, психиатр, онколог, инфекционист, эндокринолог и др.) содержание деонтологии имеет свои особенности в конкретной деятельности врача.

Принимая во внимание, что врачебная этика и медицинская деонтология сосредоточивают внимание на роли нравственных начал и моральных норм, основанных на них принципах и правилах поведения, правильнее рассматривать врачебную этику и деонтологию в их единстве. Ряд других авторов также не противопоставляют, а объединяют эти понятия. Так, В. Чолаков, Ал. Вълчев и другие болгарские авторы относят сюда вопросы, характеризующие моральный кодекс врача: 1) врач и пациент; 2) врач и работа; 3) врач и медицинская наука; 4) врач и другие врачи. Они пишут о долге врача и его этических принципах, о правах и обязанностях врача, о врачебной тайне и т. д.

Во врачебной деятельности существует целый ряд проблем, успешная разработка которых возможна лишь на основе научного разрешения социологических проблем о соотношении личности и общества, общественных и личных интересов, о враче и обществе.

Право на охрану здоровья. Резолюция, принятая на XXIII сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 1970 году, утверждает, что «право на здоровье является фундаментальным правом человека», а «достижение всеми народами максимально высокого уровня здоровья» является конечной целью Всемирной организации здравоохранения [1]. В январе 1975 года Исполнительному комитету ВОЗ были представлены материалы, касающиеся проблем здравоохранения и прав человека в свете научно-технического прогресса. Каждая страна обязана защищать своих граждан от инфекционных заболеваний, распространения наркоманий, загрязнения окружающей среды и т. д. Право на здоровье юридически обосновывает узаконенную обязанность государства обеспечивать заботу о здоровье отдельных лиц и целых коллективов, но в капиталистических странах это право остается во многих слу-

---

[1] Проблемы здравоохранения и права человека. — «Хроника ВОЗ», 1977, № 1, с. 3.

чаях лишь благим пожеланием. В советском же государстве оно получило реальное воплощение. Как указывается в статье 42-й новой Конституции СССР, у нас «Это право обеспечивается бесплатной квалифицированной медицинской помощью, оказываемой государственными учреждениями здравоохранения; расширением сети учреждений для лечения и укрепления здоровья граждан; развитием и совершенствованием техники безопасности и производственной санитарии; проведением широких профилактических мероприятий; мерами по оздоровлению окружающей среды; особой заботой о здоровье подрастающего поколения, включая запрещение детского труда, не связанного с обучением и трудовым воспитанием; развертыванием научных исследований, направленных на предупреждение и снижение заболеваемости, на обеспечение долголетней активной жизни граждан».

Медицинский эксперимент. Особого внимания требует вопрос о медицинских экспериментах на людях. В декларации, пересмотренной на XXIX Всемирной Медицинской Ассамблее в 1975 году в Токио, приводятся руководящие рекомендации для врачей, проводящих медико-биологические эксперименты, включающие исследования на людях. В ней говорится о том, что миссия врача — охранять здоровье людей. Знания врача и его совесть служат выполнению этой миссии: «Здоровье моего пациента — моя первейшая забота» [1]. Целью медико-биологических экспериментов, включающих исследования на людях, должно быть *совершенствование диагностических, терапевтических и профилактических процедур* и *углубление знаний об этиологии* и *патогенезе заболеваний.* Следует признать фундаментальное различие между медицинскими исследованиями, главная цель которых — диагностирование и лечение заболеваний, и медицинскими исследованиями, преследующими главным образом чисто научные цели, не имеющие прямого диагностического или терапевтического значения для лиц, участвующих в таких исследованиях. Проводя лечение больного, врач должен иметь право использовать новые диагностические и

---

[1] «Хроника ВОЗ», январь 1977, т. 31, с. 18.

терапевтические средства, если, по его мнению, они способствуют спасению жизни, восстановлению здоровья или облегчению страданий. Выполняя чисто научные медицинские исследования на людях, врач обязан оставаться защитником жизни и здоровья каждого испытуемого, на котором проводится медико-биологическое испытание.

При проведении исследований на людях интересы науки не должны преобладать над соображениями о благополучии испытуемых. Эти требования изложены в «Руководящих рекомендациях для врачей, проводящих медико-биологические исследования, включающие опыты на людях», Декларации, принятой на XVIII сессии Всемирной медицинской ассамблеи в Хельсинки (Финляндия) в 1964 году и пересмотренной на XXIX Всемирной медицинской ассамблее в Токио (Япония) в 1975 году[1].

Вместе с тем в экспериментах на животных подавляющее большинство моделей выглядит как более или менее значительное упрощение оригинала, как отдаленное приближение к действительности (И. В. Давыдовский, 1962). Поэтому сохраняют свое значение эксперименты на людях при определенных условиях. Границы понятия медицинского эксперимента на человеке определить довольно сложно. Экспериментальные исследования на здоровом и больном человеке имеют значение в клинике инфекционных болезней (сыпной и возвратный тифы, трахома, сифилис, гонорея и др.). Не менее важны испытания безвредности и эффективности различных новых фармакологических препаратов. При этом наиболее ответственным этапом является первичное применение этих препаратов на больных различными заболеваниями — после предварительной проверки на животных. Однако у части людей могут возникать парадоксальные, аллергические и другие реакции при введении того или иного препарата. Применение новых методов диагностики и лечения, различных инструментальных методов исследования

---

[1] Декларация, принятая в Хельсинки. Руководящие рекомендации для врачей, проводящих медико-биологические исследования, включающие опыты на людях. — «Хроника ВОЗ». 1977, № 1, с. 20.

проходит этапы экспериментальной апробации. Кроме того, каждый новый хирургический метод после многочисленных экспериментов на животных впервые испытывается и на человеке. Известно, что в поисках истины врачи различных стран, рискуя своим здоровьем и даже жизнью, проводили на себе опыты самозаражения различными инфекциями, мужественно воздерживаясь от лечения. Таким путем они стремились выяснить патогенность возбудителей, механизмы заражения и найти методы борьбы с этими болезнями.

В 1886 году Н. Гамалея проверил на себе эффективность вакцины против бешенства. В 1902 году В. Фавр заразил себя малярией с целью доказательства распространения малярии через укус комара. В том же году Г. Габричевский ввел себе скарлатинную вакцину для доказательства безопасности ее для человека. М. Покровская и Н. Жуков-Вережников испытывали на себе противочумную вакцину, Макс Петенкоффер и позже З. Ермольева — холерные вибрионы. Л. А. Орбели дважды проводил на себе опасные исследования в барокамере.

А. М. Горький говорил о маленьких великих людях, совершающих подвиги по велению сердца. Это — сотни врачей, подвергавших себя смертельной опасности во имя здоровья человечества. Опаснейшие эксперименты, которые они проводили на себе, нередко заканчивались тяжелой болезнью и смертью. Гуго Глязер в книге «Драматическая медицина» ярко описал героические поступки врачей.

Все эти и многие другие опыты имели огромное значение для разработки методов лечения и профилактики ряда инфекционных заболеваний. С этим резко диссонирует преступная деятельность немецко-фашистских врачей в концентрационных лагерях смерти Освенцима, Майданека, Бухенвальда и других. В материалах Нюрнбергского процесса приводятся описания этих бесчеловечных опытов с удушением в газовых камерах, замораживанием, заражением сыпным тифом, малярией, инфекционной желтухой, столбняком. Японские «экспериментаторы» проводили по существу криминальные исследования над партизанами и коммунистами из Маньчжурии и Китая (1949 г.), заражая их чумой, сапом, тифами, сибирской язвой (см.

М. Ю. Рагинский, С. Я. Розенблит, Л. Н. Смирнов, 1950).

Эти эксперименты на человеке — тяжкие преступления, выходящие далеко за рамки деонтологических оценок. При оценке этической допустимости и правомерности опытов на людях нельзя пройти мимо публикаций послевоенных лет. Так, О. В. Перов (1963) анализирует материалы ряда зарубежных журналов, где разные авторы приводят факты заражения «подопытных» людей (умственно отсталых, жителей колониальных стран, военнослужащих и др.) лейшманиозом, туляремией, различными паразитарными заболеваниями, брюшным тифом и многими другими. В США и в других капиталистических странах исследователи используют в широких масштабах для массовых опасных опытов заключенных, умственно отсталых, слабоумных, в том числе детей. Их называют человеческими «морскими свинками» (см. С. Д. Носов, 1975).

Между тем в декларации о правах «умственно отсталых лиц» Генеральной Ассамблеи ООН, принятой 20 декабря 1971 года, указано: «Умственно отсталое лицо имеет в максимальной степени осуществимости те же права, что и другие люди, оно имеет право на защиту от эксплуатации, злоупотреблений и унизительного обращения». Эти высокогуманные принципы должны соблюдаться каждым врачом.

Даже в случаях согласия больного врач не может не руководствоваться этическим принципом медицинской деонтологии, сформулированным И. А. Кассирским: «Инструментальное исследование не должно быть горше болезни». С. Д. Носов (1975) подчеркивает, что такое исследование, как лапароскопия, не может сопровождаться (главным образом при дефектах техники) серьезными осложнениями: сердечно-сосудистой недостаточностью, инфарктом миокарда, шоком, газовой эмболией, пневмотораксом, пневмомедиастинумом, кровоизлиянием в брюшную полость, перфорацией кишки и др. Автор приводит данные из зарубежной литературы о широком применении в диагностических целях лапароскопии (в большом количестве без надлежащих к ней показаний). Насколько широко осуществлялся этот диагностический метод, говорят хотя бы следующие цифры: Kalk

и Wildhirt упоминают о 6129 лапароскопиях, Benedict — о 4814 проведенных им лично.

По заключению подавляющего большинства исследователей, лапароскопия должна проводиться по строгим показаниям, когда другие современные методы оказываются недостаточными для своевременной диагностики. Это же относится к пункции костного мозга, весьма тягостной и опасной для больных, зондированию и биопсии тонкого кишечника и т. д., которыми также иногда злоупотребляют отдельные врачи.

В процессе своей конкретной профессиональной деятельности врач стремится найти новые пути к исследованию больного и его эффективному лечению. Но при этом всегда основные принципы деонтологии должны быть руководящими в его деятельности. С вопросом об экспериментировании соприкасается немало и других психологических и нравственных проблем. Они возникают, например, при трансплантации тканей и органов, переливании крови и т. д. По вопросам аутопластики, т. е. трансплантации ткани из одной части организма человека в другую, свое решение выносит сам врач с согласия больного, так как это обычно не связано с каким-либо затруднением этического характера.

Более сложные ситуации создаются при переливании крови, которая берется у живого донора, а иногда у трупов, при использовании роговой оболочки, костей, хрящей, отрезков артерий, взятых у человеческих трупов, хотя все это уже внедрено в многолетнюю практику хирургической клиники.

При трансплантации органов врач обязан объяснить возможные последствия и обсудить вопрос совместно с реципиентом и донором, отдающим для спасения другой жизни один из своих парных органов, например почку.

В проблеме использования трупной крови имеется ряд психологических задач. Выдающийся хирург С. С. Юдин (1968) пишет о сложности получения самой крови мертвого «донора» и о необходимости собирать ее в первые часы после смерти, т. е. в период наиболее тяжелых переживаний родственников. Нередко при этом приходится встречаться с отказом и возмущенным протестом. У реципиента нередко выяв-

ляется страх «трупных ядов» и опасение их смертоносного действия. Известно, что этот метод существует более 30 лет: посмертная кровь стерильна, обладает жизнеспособностью и высокими терапевтическими качествами. Поэтому автор предлагает либо вовсе не упоминать об этом больному, либо говорить о ценности и практической пригодности трупной крови, отбросив «сентиментальную и этическую часть вопроса» [1].

Однако нельзя согласиться с таким мнением крупного ученого и хирурга. Эти вопросы, имеющие самое тесное отношение к деонтологии, далеко не всегда можно разрешить столь категорическим образом. Нам приходилось консультировать и лечить больных с тяжелыми ипохондрическими реакциями и фиксированными страхами после того, как высококвалифицированные хирурги, лишенные «сентиментальности», производили такую гемотрансфузию или другие подобного рода вмешательства без соответствующей психотерапевтической беседы и разъяснений. В любом случае хирурги не должны забывать о сложном эмоциональном состоянии больного, подвергающегося тому или иному лечебному воздействию. Говоря о медико-биологических исследованиях, нельзя не остановиться на испытаниях терапевтических средств на людях. На современном уровне развития фармакологии появляются тысячи новых лекарственных препаратов. Они проходят серьезные этапы исследований на животных, но окончательное установление их эффективности может быть доказано только после клинических испытаний этих препаратов на человеке.

В последние годы в ряде стран предметом обширных дискуссий и законодательных регламентаций является защита права здоровых добровольцев и больных людей, чтобы не подвергать их здоровье неоправданному риску при испытании фармакологического действия различных препаратов. Нюрнбергский кодекс 1974 года отвергает любой эксперимент без добровольного согласия данного человека. Немало критических возражений было по поводу использования с этой целью студентов, заключенных и др. Важно осознанное

---

[1] Юдин С. С. Размышления хирурга. М., 1968, с. 233.

согласие добровольца после разъяснения характера эксперимента и описания возможного дискомфорта в процессе его проведения. Испытуемому сообщается также, что в любой момент он вправе отказаться от участия в данном эксперименте.

В последние годы в разных странах высказываются пожелания, чтобы требования медицинской деонтологии были сформулированы и объединены в деонтологический кодекс, где должны быть изложены основные нормы врачебной и научной профессиональной этики, профессионального долга. Так, в Англии, Испании, США публикуются такого рода «кодексы этических правил». Однако в них довольно выразительно выступает забота не только о больных, но и стремление защитить узкопрофессиональные интересы частнопрактикующего врача.

Говоря о разных аспектах проблемы медицинского эксперимента на человеке, нельзя не коснуться некоторых исследований, проводимых при работе над диссертацией. До последнего времени эти вопросы редко обсуждаются в медицинских учреждениях, хотя при подборе «тематических больных» и предпринимаемых при этом исследованиях могут нарушаться, да и нередко нарушаются, элементарные принципы деонтологии. Случается, что врачи своим тематическим больным назначают различные лекарственные препараты, не разъясняя особенностей их действия, или же производят им некоторые манипуляции, например люмбальную пункцию, без предшествующих бесед и соответствующего инструктажа и т. п.

В отдельных случаях можно констатировать чрезмерное использование эффекта «плацебо» больным, нуждающимся в немедленном применении активных лечебных воздействий. Встречаются некоторые научные руководители, не уделяющие достаточного внимания воспитанию гуманных деонтологических принципов у своих учеников-врачей, работающих над диссертациями и забывающих о своем прямом долге перед каждым больным.

Деятельность врача тесно связана с интересами больного и общества, и у нас — в Советском Союзе и в странах социалистического содружества превращение человека в объект опасных опытов, в эксперимен-

тальную модель не может иметь места. Вообще говоря, какие бы исследования ни проводил врач, остается незыблемым основной принцип — «не вреди», которым он должен всегда руководствоваться в своей лечебной и научной деятельности.

Врачебная тайна. Как известно, присяга врача обязывает его хранить врачебную тайну. В статьях 16 и 17 Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении сформулирована обязанность и ответственность медицинских работников за сохранение в тайне сведений о болезни, а также об интимной и семейной сторонах жизни больного, ставших им известными в силу исполнения профессиональных обязанностей.

Под врачебной тайной следует понимать сведения двоякого рода: а) сведения о больном, полученные от него медицинскими работниками и не подлежащие разглашению в обществе; б) сведения о больном, которые врач не должен сообщать больному (например, неблагоприятный диагноз, прогноз и т. д.).

Врачу приходится курировать тяжелых больных, страдающих неизлечимыми заболеваниями, соприкасаться с интимными сторонами человеческой жизни, видеть больного в минуты слабости, тревоги, страха, касаться самых сложных и разнообразных сторон его жизни. Среди ряда вопросов профессиональной этики всегда дискутировался вопрос о сохранении врачебной тайны. Высказывались различные точки зрения. Н. А. Семашко по этому поводу говорил: «Врач обязан хранить тайну, доверенную ему пациентом, иначе подрывается доверие больного к врачу, но если сохранение тайны грозит интересам окружающих, коллектива, врач не должен связывать себя тайной» [1]. В литературе говорится о том, что информация о болезни должна сообщаться больному не сразу, а постепенно в разное время, с учетом индивидуальных его реакций. Здесь нужен не шаблон, а индивидуальный подход. Однако возникают отдельные ситуации во время болезни и жизни больного, когда для его пользы, своевременной моральной поддержки и помощи врач обязан сообщить

---

[1] **Семашко Н. А.** Избранные произведения. М., 1967, с. 95.

некоторые, только ему известные, факты родным и близким людям, а иногда и в учреждение, в котором работает больной.

Наиболее остра проблема рака. Возникает вопрос: следует ли больному говорить правду о раке? С каждым годом увеличиваются возможности лечения этого грозного заболевания. С. Б. Корж (1975) сообщает о почти 100% стойком, например, излечении при раке кожи и нижней губы, о более чем половине гарантированных излечений при раке шейки матки и молочной железы. Тем не менее население и многие медицинские работники продолжают считать рак неизлечимым. Автор объясняет это следующим образом: о выздоровевших от рака больных онкологи не вправе упоминать. Больные же, умершие от рака, известны всем. Он и другие онкологи считают, что не следует говорить больному о злокачественном новообразовании, но поставить вопрос о госпитализации. О диагнозе можно говорить больному только в случае отказа от операции очень осторожно, в виде предположения. Больному говорить надо то, что для него будет полезным. Многие советские онкологи пишут о том, что уже само слово «рак» вызывает у больного не только страх, но для многих звучит как похоронный колокол. Поэтому «доброжелательный обман» или ссылка на неясность диагноза оставляет надежду у больного. Даже великого Н. И. Пирогова удалось длительное время держать в неведении по поводу новообразования у него.

В большинстве западных стран мира диагноз рака не скрывается от больного. Результаты больших социологических обследований раковых больных в Англии и Финляндии показывают, что в курабельных случаях можно говорить правду о болезни. Сообщая правду о диагнозе, врач должен учесть материальное состояние больного и его семьи, их возможные источники для оплаты расходов на лечение. Wilders полагает, что верующим больным надо заранее говорить правду о болезни. В иностранной литературе можно прочесть о том, что надо управлять беседой и не дать втянуть себя в неосторожный разговор, и врач должен быть довольным, если больной говорит: «Доктора могут ошибаться». Следует подчеркнуть, что в западных странах за этот деонтологический сервис в онкологии

надо платить, но это доступно далеко не каждому больному. Б. Е. Петерсон (1974) в дискуссионной статье обсуждает индивидуальные деонтологические подходы врача к онкологическим больным. Они варьируют и зависят от состояния больного: приступает ли он к работе, переходит на инвалидность или же нуждается в длительном лечении в случае инкурабельного заболевания. Подчеркивается, что врачу нужно думать о судьбе конкретного больного, а не о собственном престиже. Поэтому важно соблюдать врачебную тайну и больным с запущенным онкологическим заболеванием и плохим или сомнительным прогнозом не сообщать истинного диагноза. Линия поведения врача определяется стадией болезни. Автор не считает необходимым во всех случаях сообщать родственникам данных о заболевании (диагноз, лечение, прогноз), больной же должен быть «заражен оптимизмом». Будучи уверенным в успехе лечения, врач может не скрывать истинный диагноз. Как указывает автор, лучшей пропагандой успеха онкологии является демонстрация излеченных онкологических больных. Очень важно использование психотерапии с внушениями о необходимости лечения, целесообразности оперативного вмешательства (например, в случаях рака легкого, где часто больные отказываются от лечения).

Врачебная тайна — этическая норма поведения врача и должна она им соблюдаться неукоснительно. Огромное большинство врачей и средних медработников свято соблюдают эти требования, но в отдельных случаях еще наблюдается разглашение врачебной тайны.

Касаясь вопросов о мерах по сохранению врачебной тайны, нельзя не коснуться деонтологических аспектов операции искусственного аборта. При аборте по существующему положению женщинам, имеющим заработную плату выше установленного минимума, больничный лист не выдается, а выдается справка с указанием диагноза для освобождения от работы. Нередко это служит источником серьезных переживаний, а стремление избежать гласности способствует криминальным абортам. Учитывая, что в последние годы все чаще в больничных листах указывается зашифрованный диагноз при разных заболеваниях, на наш взгляд,

это особенно актуально в акушерско-гинекологической практике. Разглашение врачебной тайны, связанной с сексуальными сторонами жизни женщины, да и мужчины, оказывает особенно травмирующее воздействие.

В небольших городах, селах, коллективах разглашение врачебной тайны приводит к особенно неприятным последствиям и конфликтам. При этом в конфликтную ситуацию вовлекается определенный круг лиц, который может с катастрофической быстротой расширяться, втягивая с целью «выяснения» все новых людей.

Подобная ситуация, например, сложилась в прежние годы в одном из санаториев Железноводска. Там нередко лечились крупные ученые, актеры, музыканты, писатели. Совершенно естественно, что при исследовании желудочного сока, мочи, крови и др. у этих лиц нередко обнаруживались те или иные патологические изменения. Нашлась там врач, любившая «козырять» тем, что она близко познакомилась и исследует талантливых людей. Тут же сообщалось сотрудникам санатория и знакомым, что у такого-то музыканта обнаружены глисты, у такого-то режиссера сахар в моче, а у видного ученого — полная ахилия и т. д. и т. п. Эта «безобидная», на первый взгляд, «откровенность» врача привела к большим неприятностям и конфликтной обстановке в санатории, создавшейся в результате справедливого возмущения ряда больных.

Наблюдалось немало случаев тяжелых реактивных состояний, развившихся у больных после разглашения врачом таких, например, фактов, что у одного «нет ни одного зуба» — «он носит два протеза», у другой удалена молочная железа, у третьей «экстирпирована матка» и т. п. Работая в эндокринологической клинике, мы бывали свидетелями депрессивных реакций у больных, страдающих сахарным диабетом и считавших нужным скрывать это от окружающих. Многие больные, находившиеся в прошлом в психиатрической больнице и возвратившиеся на работу, скрывают этот факт. Между тем довольно часто это предается гласности, не рассматривается как «врачебная тайна».

Имеется немало и других примеров несоблюдения врачами одного из важнейших деонтологических прин-

ципов — врачебной тайны. Можно думать, что в самое ближайшее время каждый врач в своей повседневной практической деятельности будет сознавать, что больной доверил ему самое сокровенное, интимное, важное, что необходимо бережно охранять.

Этому должны способствовать решения, принятые в январе 1977 года министром здравоохранения СССР академиком Б. В. Петровским и изложенные в его специальном письме — «О мерах по сохранению медицинскими работниками врачебной тайны», привлекшим внимание к этому вопросу органов здравоохранения и профсоюзные организации. В письме предлагается максимально сузить круг лиц, допущенных к работе с больничными листами, и повысить ответственность за сохранение тайны диагноза заболевания, указанного в больничном листе. Рекомендовано максимально сократить число лиц, допущенных к работе с медицинской документацией (история болезни, амбулаторная карта, больничный лист и т. д.), и усилить контроль за сохранностью медицинской документации. Такая постановка вопроса является очень своевременной.

Взаимоотношения с коллегами. На страницах «Медицинской газеты» не раз обсуждались вопросы о культуре врача, его взаимоотношениях с коллегами, со средним и младшим медицинским персоналом, с больными. Бывают и теперь случаи зазнайства, бестактного и грубого поведения, требований особой субординации, «почета» и т. п. Вот почему вопросы морального облика врача, профессиональной этики, отношений врачей между собой, взаимоотношений между медиками-учителями и учениками, отдельными сотрудниками научно-исследовательских институтов, кафедр, клиник и т. д. — очень важные вопросы. Но часто ли задумываются над ними те врачи, которые подчас сами являются источниками ненужных переживаний и страданий своих коллег?

А. П. Чехов в рассказе «Интриги» описал моральный облик и жизнь врача Шелестова, считающего, что всюду его преследуют интриги. Его поведение должны обсуждать на заседании врачебного общества. Его обвиняют в некорректном поведении на консилиумах, в том, что он возвышает голос и обрывает коллег, что однажды в присутствии врачей и родных, спросил у

больного: «Какой это дурак прописал вам опиум?» К сожалению, в наши дни еще сохранились такие «Шелестовы». Они чванливы и переполнены собой, всюду и везде прославляют себя, подчеркивая свой особенный опыт и знания, и тут же дают убийственную характеристику своим коллегам, обвиняя их в ошибках и низкой квалификации.

Имея в виду подобные случаи, один из немецких авторов сказал: «Коллега — это тот человек, которого ты терпеть не можешь».

В этом контексте нельзя не вспомнить весьма неблаговидную историю, происшедшую лет десять назад в Ростовском н/Д медицинском институте, касающуюся создавшихся взаимоотношений между заведующим кафедрой хирургии профессором З. И. Карташевым и П. Коваленко, его бывшим аспирантом, ставшим ректором этого же института и в дальнейшем профессором. П. Коваленко был любимым учеником профессора З. И. Карташева. Он возлагал на него большие надежды и на протяжении ряда лет помогал в его профессиональном и научном росте. Когда же ученик достиг желаемых знаний и ученых степеней, он начал целую серию интриг. Оклеветав своего учителя, он добился лишения его звания профессора и снятия его с работы. Правда и справедливость в конце концов восторжествовали: П. Коваленко был снят с должности ректора института, но профессор З. И. Карташев заплатил за все дорогой ценой — инфарктом миокарда. Встречаются еще единичные случаи «подсиживания» одного врача другим. Специалисты одного профиля дискредитируют друг друга среди коллег и больных, распространяясь о «врачебных ошибках», «слабых лекциях» и прочих «недостатках» своих товарищей по профессии без оснований на это. Иногда больные с возмущением рассказывают о том, в каких неблаговидных выражениях один врач отзывается о другом. Порой такое злословие облекается в форму «борьбы» отдельных авторитетов, борьбы разных направлений, школ и проч.

Художник Оноре Домье очень ярко и выразительно изобразил в картине «Доктора-схоласты» чванство и высокомерие врачей, приводящее к тому, что в разгаре «научной» дискуссии смерть уносит больного.

Существуют ценности коллективной жизни — добро, совесть, стыд, скромность, такт, уважение и интерес к другой личности, сочувствие к человеку, если он попал в беду. И в коллективе врачей все должно быть общим: успехи и радости, трудности и огорчения. Важно считаться с мнением каждого врача независимо от его стажа и возраста, так как существует общая задача — как можно скорее помочь больным и как можно успешнее их лечить. Каждый врач должен вовремя прийти на помощь своему коллеге, если в этом возникает необходимость, и после этого не подчеркивать своего превосходства, не высмеивать другое мнение.

Образцы такого поведения известны среди большого числа выдающихся деятелей медицины и рядовых врачей, проявляющих необычайный такт и умение даже возвысить в глазах окружающих своих менее опытных и зрелых коллег и, когда необходимо, готовых признать свою ошибку, если она наносит ущерб науке или больному.

Никогда врач не должен бояться признаваться в своих затруднениях и даже упущениях. Имеется немало примеров этому в воспоминаниях крупных хирургов, терапевтов, психиатров, невропатологов и других врачей. Как-то Н. Н. Бурденко проводил клинический разбор диагностически сложного больного с синклитом врачей. По ходу обсуждения, перед тем, как высказать свое мнение, он заявил: «Надо посмотреть, что говорят по этому поводу ученые». И опытнейший хирург и авторитетный ученый отправился в библиотеку, чтобы все тщательно продумать, прежде чем принять окончательное решение. В романе «Окончательный диагноз» американский писатель Артур Хейли[1] психологически верно пишет о заботах и поведении врачей. Главный хирург больницы летит в самолете и пытается прочесть интересующую его статью: «И начал думать о своем отношении к медицине. Что она для него значит? Что он хочет для себя самого? Что он сможет дать другим?» Молодой хирург Коулмен часто слышал: «Вы блестящий специалист, Коулмен,

---

[1] **Хейли А.** Окончательный диагноз. — «Наука и жизнь», 1973, № 4, с. 139.

вы чрезвычайно умны, но если хотите общаться с людьми, забудьте об этом».

В условиях современной капиталистической действительности взаимоотношения между представителями любой профессии усложняются из-за конкурентной борьбы. Однако и у нас иногда наблюдаются случаи зазнайства крупных специалистов или же врачей, облеченных высокими административными и другими правами, от которых зависит большой коллектив врачей.

В нашей и зарубежной прессе, в кино, театре, телепередачах врач-психиатр, призванный лечить душевные болезни, почему-то нередко вызывает ироническое отношение. Высмеивание врача-«гипнотизера» можно видеть в целом ряде фильмов, театральных постановок, хотя лечебный гипноз — серьезное средство в руках врача-психотерапевта.

В то же время вызывает досаду, что среди врачей в отдельных случаях попадаются лица, демонстрирующие «гипнотические сеансы» на сценах различных клубов, дворцов культуры и превращающие этот лечебный метод в сомнительные «фокусы».

Предметом деонтологии является и то, что и когда должен делать врач и чего он делать не должен. Главный советчик врача — не только его собственный жизненный опыт и профессиональное мастерство, но и умение создать и сохранить свой авторитет в глазах больных и общества в целом. Основой для этого должны служить господствующие в Советском Союзе понятия о врачебной этике и деонтологии, о врачебной чести, врачебной совести, о врачебном долге и достоинстве врача, основанные на принципах высокогуманной коммунистической морали.

ОСОБЕННОСТИ ВРАЧЕБНОЙ ПРОФЕССИИ

Московский врач Ф.П. Гааз более ста лет назад провозгласил, что медицина — царица наук, ибо здоровье необходимо для всего великого и прекрасного на свете. Этот «святой доктор», как его называли больные, ярко выразил величие профессии врача: «Самый

верный путь к счастию не в желании быть счастливым, а в том, чтобы делать других счастливыми. Для этого нужно внимать нуждам людей, заботиться о них, не бояться труда, помогая им советом и делом, словом, любить их, причем, чем чаще проявлять эту любовь, тем сильнее она будет становиться»[1]. И недаром на могиле Ф. П. Гааза высечена надпись: «Спешите делать добро».

Во все времена многое писалось по поводу профессии врача и тех особенностей характера, темперамента, поведения, которыми он должен обладать. Известный голландский медик Ван Тюльп предложил горящую свечу сделать гербом и символом врача: «Светя другим, сгораю». Врачебная профессия — профессия древняя. Интереснейшие материалы представляет история древней медицины. Так, индийский хирург Сушрута в одном из вариантов Аюр-Веда («Книга Жизни» — III век до новой эры — древнее индийское сочинение народного эпоса) писал: «Врач, владеющий только умением оперировать, но пренебрегающий медицинскими знаниями, не заслуживает уважения — он может подвергнуть опасности жизнь». И далее: «...Будь скромен в жизни и поведении, не выставляй напоказ своих знаний и не подчеркивай, что другие знают меньше тебя — пусть твои речи будут чисты, правдивы и сдержанны»[2]. Там же говорится и о том, что врач должен стать: «для больного — отцом, для выздоравливающего — охранителем, для здорового — другом».

Авиценна дал поэтическую характеристику личности врача: он должен иметь глаза сокола, руки девушки, обладать мудростью змия и сердцем льва. В письменных источниках Русского государства IX—XI веков уже можно найти сведения о врачевании, врачах и нормах их деятельности. Более детальная регламентация врачебной деятельности изложена в ряде указов Петра I. К врачу предъявляются требования, чтобы он «в докторстве доброе основание и

---

[1] Цит. по Вагнеру, Е. А. Росновскому, А. А. Ягунову П. Д. О самовоспитании врача. М., 1971, с. 57.

[2] Цит. по Гусевой Н. — Аюр-Веда — «Книга Жизни». — «Наука и жизнь», 1969, № 5, с. 62.

практику имел, трезвым, умеренным и доброхотным себя держал и в нужных случаях чин свой как нощно, так и денно отправлять мог»[1]. Врачебный устав появился в 1857 году. В дальнейшем в устав вносились изменения, дополнения, и без существенных изменений он просуществовал до Великого Октября. В Советском Союзе огромную роль в истории правовой регламентации врачебной деятельности сыграл Декрет ВЦИК РСФСР «О профессиональной работе и правах медицинских работников» (декабрь 1924 года). В 1971 году Указом Президиума Верховного Совета СССР утверждены «Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении» и текст присяги врача, отражающие самые гуманные и высокие задачи советской медицины. Различные аспекты врачебной деонтологии отражены в исследованиях Н. Н. Петрова (1956), Д. И. Писарева (1969), И. А. Кассирского (1970), И. Харди (1973, Венгрия) и др. На протяжении многих столетий преобразовались понимание болезни, лечебная тактика врача и методы лечения. Современный врач, чтобы по-настоящему служить людям, должен быть эрудирован в различных вопросах медицинской науки и в ряде смежных дисциплин — психологии, педагогике, социологии, экономике и многих других. Однако самой важной из них остается наука, не имеющая рамок, вечно новая и многогранная — Человековедение. Н. Г. Чернышевский оценивал профессиональный труд врача как самый производительный труд, ибо, «предохраняя от болезней или восстанавливая здоровье, доктор приобретает обществу все те силы, которые погибли бы без его забот».

Возвращение больного в общество, в трудовой коллектив, в семью — серьезнейшая задача советского врача.

Говоря о работе врача среди населения, Р. Скотт отмечает, что объем и качество работы врача обусловливаются тремя факторами: 1) существующим уровнем медицинских знаний; 2) индивидуальными качествами и особенностями врача, его квалификацией, его

---

[1] Памятники Русского права, в. 8. М., 1961, с. 484.

способностями применять знания и использовать накопленный опыт и той степенью, в которой он продолжает совершенствоваться в течение всей своей трудовой деятельности; 3) условиями, в которых он практикует. Как указывает автор, все эти три группы факторов — научные, образовательные и административные — взаимосвязаны [1].

Какими же должны быть особенности врача нашего времени? А. Ф. Билибин (1967), касаясь некоторых аспектов врачебной деонтологии, совершенно справедливо подчеркивает основную мысль, что, леча больного, врач лечит его не только как организм, но и как личность. А личностью управлять может только личность. Для этого советский врач должен иметь широкий кругозор с усвоением достигнутого предшествующей культурой, обладать высоким образованием и эрудицией, соответствующим воспитанием и самовоспитанием. Вместе с тем, деятельность советского врача должна быть устремлена в будущее — построение коммунистического общества.

Врач, любящий свою профессию, должен развивать в себе и совершенствовать наблюдательность, мужество, оптимизм, решительность и вместе с тем осторожность при решении жизненно важных для больного вопросов. Авторитет врача зависит не только от его профессионального опыта и знаний, но и от общей эрудиции, отношения к больным, поведения на работе и в быту, умения ладить с людьми, от такта и в то же время от принципиальности и доброжелательности к коллегам, даже если они недостаточно опытны. Все это формируется в процессе сложной, трудной каждодневной деятельности врача. Сколько врачей различной специальности во имя своего высокого долга отдают все силы и эмоциональный запал служению больному человеку! Харьковский офтальмолог, профессор Л. Гиршман за свою жизнь оказал помощь огромному числу больных. В день его похорон прекратили работу заводы, школы, учреждения. Ему принадлежат слова: «У меня нет последнего часа работы, а есть последний больной».

---

[1] Тетради общественного здравоохранения № 30: «Подготовка общепрактикующих врачей». ВОЗ, Женева, 1964.

Касаясь трудностей врачебной профессии в одном из своих писем, А. П. Чехов отмечал, что «у врачей бывают отвратительные дни и часы, не дай бог никому этого». Это связанные с чувством высокой ответственности переживания о судьбе больного, переживания из-за неудачи. В рамках каждой медицинской специальности выявляются свои неповторимые особенности, отличающие врачебную профессию хирурга, терапевта, невропатолога, психиатра, педиатра и др.

С. С. Юдин, обобщая свой огромный опыт, писал о том, что для достижения успеха в любом деле человеку необходимы многие качества, но все вместе они редко достаются. Одни умеют тонко наблюдать, другие — трезво рассуждать, третьи — успешно действовать, прогнозировать. Врач же должен многое знать и многое уметь, и, конечно, это в равной мере относится к гинекологу и терапевту, эндокринологу и психиатру, ортопеду и инфекционисту и многим другим врачам. Как выразился С. С. Юдин (1961), «хирургическая работа складывается из двух элементов: искусства рукодействия и научного мышления, которые одно без другого являются бесплодными».

Н. И. Краковский и Ю. Я. Грицман (1959) говорят о том, что молодой хирург переживает три периода своего профессионального становления: 1) вначале неуверенность в своих знаниях, страх сделать плохо даже несложную операцию, неумение поддержать свой авторитет среди больных, их родственников, персонала; 2) период адаптации, который длится иногда несколько лет, а затем сменяется (к счастью, не у всех) периодом самоуверенности, непогрешимости своих решений и поступков; 3) с накоплением опыта молодой хирург становится зрелым специалистом, когда всякого рода врачебные ошибки становятся все реже. Рене Лериш (1966), знаменитый французский хирург, писал, что надо стать на службу человеку, думая только о его боли, страданиях, его незащищенности в схватке со страшным чудовищем, каким является болезнь.

И в годы Великой Отечественной войны, и в послевоенные годы, и сейчас наблюдалось и наблюдается бесконечное число примеров преодоления врачами усталости вследствие огромной физической и душевной нагрузки и собственных тяжелейших переживаний,

примеры мобилизации своих предельных возможностей. Не только часами, но и сутками не отходили они от операционного стола, перевязочной, койки, их воля и любовь к людям, их мужество спасали жизнь многим тысячам воинов и гражданского населения. В нынешней повседневной, казалось бы, самой обыденной жизни наши современники-врачи в силу своей профессии совершают тысячи благородных поступков. Заботы, невзгоды, переживания... и в то же время романтика врачебной профессии — в ежедневном труде, требующем зачастую большого напряжения.

Как известно, ряд хирургов (Н. М. Амосов, Г. Д. Ратнер, В. И. Бураковский и др.) успешно проводят операции в барокамере. В настоящее время в Советском Союзе создан центр, где осуществляется лечение больных, которые дышат живительным кислородом в многоместной барокамере. Оказалось, что гипербарическая оксигенация — незаменимое подспорье при сложных операциях на сердце и сосудах, в гинекологии. Здесь совершается воскрешение из мертвых. Врачи-реаниматологи самоотверженно работают сутки и более в экстремальных условиях, где только одна избыточная атмосфера равнозначна давлению десяти метров воды.

Что, кроме профессионального долга, заставляет врачей торопиться к инфекционным больным? Их не останавливает боязнь заразиться, занести опасную инфекцию в свой домашний очаг — они забывают об этом. Не отступит психиатр перед выполнением своего врачебного долга — оказать срочную помощь забаррикадировавшемуся, иногда вооруженному, опасному для окружающих, галлюцинирующему или бредовому психически больному. Вообще говоря, примеры бескорыстного служения людям, самоотверженных бойцов за здоровье человека можно найти на протяжении всей истории развития и становления медицины. У врача часто действительно не бывает ограничения рабочего дня, так как его могут вызвать и среди ночи, где бы он ни находился в это время. Нередко до позднего вечера врач задерживается в больнице, клинике, диспансере. И. А. Кассирский вспоминает следующий случай. Как-то новый аспирант спросил у профессора: «Когда я обязан приходить и когда могу уходить?»

Я остолбенел, — пишет ученый, — и рефлекторно ответил ему: «Вы можете уходить прямо сейчас и больше не приходить». Конечно, это была реакция несдержанности, но ее можно понять в свете следующих за этим слов И. А. Кассирского о трудных, наполненных борьбой за жизнь человека ночах врачей: «Бесконечный поток дней и суток — и есть жизнь врача, сердце которого без остатка отдано человеку». Ночные обходы терапевтом постинфарктных больных, невропатологом — постинсультных и других, хирургом, гинекологом — послеоперационых больных — выразительные факты, иллюстрирующие эти слова.

Женщина-врач во многих случаях не уступает мужчине-врачу и даже в некоторых отношениях превосходит его. За рубежом женщине-врачу часто не доверяют, скептически относясь к ее профессии. Однако ряд социологических исследований показал интересные данные. Так, например, Б. Я. Первомайский (1974) при обследовании студентов-медиков установил, что личностные врачебные качества обычно выше у женщин, чем у мужчин: жалость, сострадание, чуткость, отзывчивость и т. д. В то же время из различных социологических исследований известно, что, помимо своей профессии, женщина-врач часто имеет достаточно много дополнительных обязанностей и, тем не менее, это не мешает ей быть хорошим и добрым специалистом. И наше общество доверяет ей жизнь и здоровье людей. По данным, опубликованным Всемирной организацией здравоохранения в 1972 году, самый высокий процент женщин-врачей был в здравоохранении Советского Союза — 72,5%, в Испании — 3,5%, Италии — 6,3%, в США — 7%, в Японии — 5%, во Франции — 13,5%, в Англии — 25%. В социалистических странах: Венгрии — 28,7%, Румынии — 36,4%, Чехословакии — 37,8, Польше — 46,6% [1].

Одной из важнейших черт нравственного облика врача является его отношение к обществу. В социалистическом обществе возросла роль медицинской науки, расширились ее социальные задачи, изменилось положение врача. Постоянно сталкиваясь с различными вопросами жизни больных и их трудовой деятель-

---

[1] Цит. по Эльштейн Н. В. Диалог о медицине. Таллин, 1975.

ностью, врач стремится облегчить их трудности, заботы и волнения, поскольку они определенным образом влияют на здоровье и на течение заболеваний. В условиях бесплатной медицинской помощи, обеспечиваемой социалистическим государством, врач бескорыстно служит людям. Иное дело в классовом обществе. Уже Платон и Гален писали о необычайной жадности и корыстолюбии многих известных врачей своего времени. При капитализме дух стяжательства и личного обогащения, когда врачебная деятельность становится ремеслом, приводит к жесточайшей конкуренции между врачами.

К. Маркс и Ф. Энгельс писали о том, что в условиях капитализма «буржуазия лишила священного ореола все роды деятельности, которые до тех пор считались почетными и на которые смотрели с благоговейным трепетом. Врача, юриста, священника, поэта, человека науки она превратила в своих платных наемных работников»[1]. Но врач, вместе с тем, нередко становится и торгашом. Как указывает видный австралийский ученый Тендлер, в экономических условиях буржуазного общества врач является маленьким предпринимателем, который торгует здоровьем доверившихся ему больных. Частнопрактикующая медицина становится одним из самых доходных видов бизнеса. Ассоциация медиков в США опросила 694 студентов-медиков. Им был задан вопрос: что явилось основной причиной вашего выбора медицины как профессии? 56% опрошенных ответили: «Деньги» или «Положение»[2]. Шильдер писал в «Медицинской психологии», что во взаимоотношениях врача и больного, «несомненно, играет большую роль психология денег».

В капиталистических странах, как известно, психоанализ стал широко используемым методом лечения многих заболеваний. Проводится он обычно на протяжении ряда лет за немалую плату. Естественно, что у психоаналитиков развивается стремление приобрести наиболее состоятельных пациентов. Подобная «рента» врача ни в какой мере не способствует его гуманности, человечности, любви к своей профессии, а порождает

---

[1] Маркс К. и Энгельс Ф. Сочинения, т. 4, изд. 2-е, с. 427.
[2] «Наука и жизнь», 1969, № 2, с. 87.

зачастую алчность, погоню за высоким гонораром. Немало в нашей и зарубежной печати приводилось иллюстраций, когда домашние врачи или врачи-психоаналитики разоряли семью заболевшего.

По данным, приведенным Б. Я. Смулевичем, крупные фирмы США приглашают врачей в свои компании для того, чтобы они проявляли «нужную заботу» о «моральном состоянии» рабочих и служащих, чтобы они оказывали влияние на их взгляды. Если врач отказывается от выполнения этих обязанностей, его увольняют. Там же на ряде заводов и фабрик (в особенности в химической промышленности), работая во вредных для здоровья цехах, рабочие тяжело заболевают, многие умирают, и, тем не менее, не используются все современные средства, предотвращающие интоксикации, профзаболевания и прогрессирование таких болезней, как туберкулез, энцефалиты, расстройства кровообращения различного характера и др. Многие врачи в капиталистических странах, понимая пагубное влияние на здоровье рабочих неблагоприятных условий их труда, не занимаются, однако, профилактикой и ранним лечением из-за страха утратить свое положение. В 1969 году в США опубликована книга социолога М. Л. Гросса «Доктора». В ней обсуждаются недостатки подготовки врачей в американских медицинских колледжах и говорится о случаях возбуждения судебных дел в связи с неквалифицированным лечением больных. Объясняется это также и тем, что врачи уделяют мало времени больному в погоне за наживой. Автор подсчитал, что у врача в среднем 30—40 тысяч долларов в год чистого дохода. Он как искусный бизнесмен за 8 минут берет плату от 5 до 15 долларов [1].

Стоимость медицинского обслуживания в США ежегодно возрастает на 18%. В частности, осмотр терапевтом обходится больному в 10 долларов, клинический анализ крови — от 10 до 25 долларов, один день пребывания в больнице — около 100 долларов и т. д.

В ряде капиталистических стран имеются великолепно оборудованные лечебные учреждения, но лечение в них доступно лишь хорошо обеспеченным лю-

---

[1] «Наука и жизнь», 1969, № 2, с. 86.

дям. И в то же время Ф. Дж. Кук показывает по материалам школы общественного здравоохранения и административной медицины при Колумбийском университете, что в больницах Нью-Йорка из-за неверного диагноза 43% больных получили неправильную терапию[1]. Врачебные ошибки тяжело переживаются врачами. Они объясняются многими не только несовершенством медицинской науки, но порой небрежностью ее представителей. Конечно, в западных странах имеется немало высококвалифицированных, честных и преданных своему долгу врачей. Но они не являются типичными фигурами.

Иные, чистые и благородные традиции сложились в отечественной медицине. Н. И. Пирогов посвятил специальный труд анализу своих ошибок: «Я хочу осуществить заветную мечту: путем правдивого, открытого признания своих ошибок избавить своих учеников и начинающих врачей от их повторения», — писал он в 1865 году[2]. Видный хирург П. А. Куприянов сказал однажды, что и «сотни спасенных жизней не заглушат горечи одной потери». Известно, что в 1886 году профессор С. П. Коломнин застрелился после того, как погибла больная на операционном столе. Выдающийся терапевт Б. Е. Вотчал с горечью поведал об одном своем промахе, допущенном в молодости при обходе. Во время обхода ассистент доложил ему о предстоящей выписке больного, перенесшего тяжелый инфаркт. Но Б. Е. Вотчал, осмотрев больного, сказал, что его надо задержать из-за тонов сердца. В ту же ночь больной умер от повторного инфаркта, а на утро другой пациент, находившийся в этой палате, рассказал, что умерший после обхода был очень расстроен и сказал: «Когда я сам чувствовал, что умираю, приходил Борис Евгеньевич, и ему всегда нравились тоны моего сердца. Если сейчас даже ему они не нравятся — мои дела плохи». По этому поводу Б. Е. Вотчал писал: «Несмотря на то, что, вероятнее всего, речь идет о простом совпадении, этот случай я все-таки не могу забыть на протяжении 20 лет, и он мне служит

---

[1] Кук Ф. Дж. Заговор против пациента. Пер. с англ. М., 1972.

[2] «Анналы клин. хирургии», 1865.

постоянным напоминанием о том, с какой осторожностью приходится применять у постели тяжелого больного, этой «эоловой арфы», каждое слово, этот чрезвычайный раздражитель» [1].

Современная медицина требует, чтобы врач был широко образованным человеком с высоким культурным уровнем и с диапазоном знаний, выходящим за пределы его специальности. Врач-терапевт, хирург, гинеколог, эндокринолог, педиатр и др. должен владеть определенными знаниями в области неврологии, психиатрии и пограничных состояний — неврозов и неврозоподобных состояний. В такой же мере невропатолог, психиатр должны изучать различные разделы клиники внутренних болезней, эндокринологии и др. В повседневной практической деятельности врачи всех почти специальностей нередко встречаются с висцеральными расстройствами невротического генеза. Не столь уж редко у больных, попадающих в терапевтические стационары для ургентной помощи с такими диагнозами, как «стенокардия», «ишемическая болезнь» или «инфаркт миокарда», в дальнейшем обнаруживаются лишь внешне сходные с сердечными болезнями невротические состояния (неврастения, истерический, ипохондрический невроз, невроз навязчивых состояний с «кардиофобией», «кардиосенестопатией» и др.).

Древние китайские мудрецы говорили о том, что знания, которые не усовершенствуются, не используются, убывают с каждым днем. Польский ученый-врач Т. Келановски (1968) пишет, что врача, который не заглядывает в книгу, следует остерегаться больше болезни.

Одной из важнейших задач в подготовке и усовершенствовании врача любого профиля, помимо приобретения и накопления опыта и знаний по своей специальности, является воспитание его клинического мышления. Е. И. Лихтенштейн (1974) справедливо подчеркивает, что мыслить клинически — это рассматривать больного, учитывая всю его жизнь: необходимо установить причины и обстоятельства, которые способствовали возникновению и развитию болезни. За-

---

[1] Цит. по кн.: Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней. М., 1972, с. 82.

тем следует проанализировать, синтезировать все эти данные на основании своих знаний и опыта и сделать обобщающее заключение. Одновременно с этим автор предостерегает против излишней самоуверенности в суждении, небрежности при обследовании, что обычно приводит к необоснованным выводам. Врач должен владеть диалектическим мышлением. Особенно опасны трафаретность и предвзятость, когда патогенетически не связанные между собой симптомы искусственно подгоняются под наиболее импонирующий диагноз.

Особенно важно в профессии врача умение наблюдать. У писателя-врача Конан Дойля прототипом знаменитого Шерлока Холмса являлся главный хирург королевской лечебницы в Эдинбурге — Джозеф Белл, который учил студентов не только искусству врачевания, но и наблюдательности. «Большинство людей смотрит, но не наблюдает. А ведь стоит только хорошенько вглядеться, и по лицу человека можно узнать его национальность, по рукам — профессию, а все остальное по походке, манерам или, скажем, по висящим на костюме ниткам. Внимательный врач может почти безошибочно предсказать, на что через минуту будет жаловаться словоохотливая пациентка» [1]

Перед врачом любой специальности на каком-то этапе его деятельности встает ряд вопросов, требующих осмысления и подведения итогов индивидуального опыта работы с больными. Это особенно ценно, так как связано с особыми приемами и подходом в понимании больного человека, кругозором, мировосприятием врача, его интеллектом, эмоциональностью, жизненным опытом и многим другим.

В последние годы у нас и в зарубежных странах изучается уровень притязаний, самооценки людей различных профессий, их оценка окружающими. Некоторые из этих особенностей представляют интерес и применительно к врачу. Это — интеллектуальные качества, глубина знаний, широта интересов, творческое воображение, деловые способности, умение привлечь людей и др. Это — эмоциональность, волевые качества, моральные качества (скромность, верность дружбе, доброта), качества, определяющие мотивы поведения (альтруизм,

---

[1] Живой Шерлок Холмс. — «Огонек», 1968, № 5, с. 15.

стремление к истине), качества, отличающие отношение к жизни (оптимизм, юмор), качества, характеризующие физическое состояние, и т. д.

Мы провели анонимный анкетный опрос 80 врачей с различным стажем и разных специальностей — психиатров, невропатологов, терапевтов, хирургов, офтальмологов, гинекологов.

Были поставлены следующие вопросы:

Доволен ли, что стал врачом?

Уверен или неуверен в себе, как специалист?

Отношение к профессии (увлечен, тяготится, с годами появилось безразличие?).

Сняв халат, переключается ли на другие заботы, дела, интересы или продолжает думать о больных и работе?

Влияют ли личные переживания и трудности на деятельность и каким образом?

Каков контакт с больными: формальный, поверхностный, тесный, создаются многолетние личные отношения?

Каким, на Ваш взгляд, должен быть врач?

Как Вы себя оцениваете как врача?

Каким должен быть больной? Что мешает и осложняет работу из-за поведения больного?

Что интересует Вас, помимо профессиональной деятельности?

Каковы Ваши взаимоотношения с коллегами?

Как Вы относитесь к своему здоровью? Обращаетесь ли к врачам?

Следует отметить, что наиболее часто встречающиеся ответы не представляют ничего специфического для какой-либо одной специальности, а давались представителями почти каждого врачебного профиля.

На вопрос, доволен ли, что стал врачом, большинство ответили утвердительно. Лишь несколько терапевтов написали, что «не довольны» из-за сложности диагностики и постоянного беспокойства о больных.

Уверен в себе или неуверен как специалист? Преобладали ответы «уверен». Некоторые врачи отмечали, что у них бывают сомнения в ряде теоретических вопросов, в сложных для диагностики случаях, уверенности в себе мешает маленький стаж и большой объем материала по специальности. Врачи-хирурги иногда отмечали неуверенность в исходе оперативного вмешательства.

По вопросу об отношении к своей профессии были следующие ответы: увлечен, постоянно получает удов-

летворение, согревает теплота и участие к людям; возможности своей профессии, врачебная профессия — это постоянное творчество, его невозможно не любить; профессия увлекает, приносит огромное удовлетворение. Отдельные врачи (офтальмолог, терапевт, гинеколог) отметили, что с годами появилось обостренное чувство несовершенства профессии врача, горестно переживают страдания больного.

На вопрос, переключаются ли врачи, сняв халат, или же продолжают думать о работе и больных, ответы были разными. Одни писали, что переключаются и занимаются самыми разнообразными делами. Большинство отметили, что «невозможно переключиться». Долго вспоминают все детали рабочего дня, состояния больных, в особенности в хирургических, терапевтических и психиатрических отделениях больниц. Иногда мешают противоречивые мысли и сомнения в отношении проведенных манипуляций.

Ответы на вопрос о влиянии на работу личных переживаний и трудностей в основном были отрицательные. Большинство врачей утверждали, что целиком отдавались своей работе независимо от личных затруднений и переживаний. Некоторые из них ответили, что после неприятностей в семье у них несколько снижается трудоспособность, работается без обычного подъема и огня, при плохом настроении нелегко принимать ответственное решение. Однако после волевых усилий всегда удается сконцентрировать внимание и переключиться.

По поводу особенностей контакта с больными почти все врачи в своих ответах написали: «глубокий контакт, тесный контакт»; ряд врачей отметили многолетние добрые отношения с частью пациентов, переписку с ними, взаимные поздравления в праздничные дни, с некоторыми же больными формальный контакт, избирательный контакт; «контакт мой с больным основан на доверии ко мне» и т. д.

Каким должен быть врач? Ответы на этот вопрос в большинстве случаев были следующими: быть внимательным, чутким, добрым, мыслящим, спокойным, дисциплинированным, строгим, отзывчивым, эрудированным, гуманным, самокритичным, доброжелательным, стремящимся облегчить страдания больных, уметь

выслушать больного и своим видом (внешним) внушать больному доверие, быть квалифицированным специалистом, постоянно повышающим свой уровень знаний, любить свою работу и т. д.

Определенный интерес представляет разнообразие самооценок врачей. Приводим их: я самокритичен и всегда могу сказать, чего не знаю; оцениваю себя — положительно; нуждаюсь в постоянном усовершенствовании; всегда честно анализирую свои действия, прислушиваюсь к советам старших товарищей; средний специалист; я — знающий врач; недостаточно знающий; хорошо оцениваю себя как специалиста; считаю себя посредственным врачом; трудолюбивый, добросовестный, но еще мало знающий врач; оцениваю себя удовлетворительно; в широком смысле — не плохой врач, а профессионально — средний. Многие врачи (хирурги, терапевты) ответили, что затрудняются дать себе самооценки, или вовсе не ответили на этот вопрос.

Вопрос о взаимоотношениях с коллегами получил сходное освещение в ответах большинства врачей: взаимоотношения хорошие; ровные, честные, дружеские, официальные; нормальные взаимоотношения; удовлетворительные; главным образом деловые.

На вопрос об интересах врачей, кроме их профессиональной деятельности, ответы были различными: одни ответили, что профессиональная деятельность отнимает очень много времени, другие писали о своем интересе к литературе, театру, кино, музыке, спорту, домашнему хозяйству, рукоделию, природе. Однако большинство врачей ответили, что у них много интересов, но невозможно их реализовать из-за отсутствия достаточного времени.

И, наконец, на вопрос об отношении к своему здоровью преобладающее число врачей написали, что не заботятся о своем здоровье, не обращаются к врачам или обращаются в крайних случаях, халатно относятся к собственному лечению и часто не доводят его до конца. Некоторые боятся идти к врачу, у других «нет времени». Ряд врачей в то же время описывали эпизоды из своей жизни, когда они внезапно начинали усердно посещать различных консультантов, многократно производить у себя множество различных ис-

следований, не доверяя ни одному результату, в поисках у себя «рака», «инфаркта» и т. д. Такие случаи у некоторых хронологически совпадали с заболеванием кого-либо из коллег или потерей хорошо изученного больного. «Перенос» на себя виденного и слышанного, уход в созданную воображением и профессиональным опытом «болезнь» при определенных условиях действительно может иметь место у врачей различного профиля. Так, в свое время И. Р. Тарханов (1904) привел случай, происшедший с известным врачом, читавшим лекции о сердечно-сосудистых заболеваниях. Он начал обращать внимание и на работу своего сердца и анализировать ее. После этого у него появились сильнейшие сердцебиения, пульс стал неритмичным. Только благодаря путешествию, предпринятому с целью отвлечь внимание от болезненных ощущений в области сердца, врач избавился от этого болезненного состояния.

Каждая профессия с течением времени формирует у человека те или иные особенности его характера, поведения, эмоциональных реакций, оценки отдельных сторон жизни. И, конечно, с течением времени профессия врача оказывает влияние на различные стороны его личности. Вырабатываются волевые качества — выдержка, терпение, а также умение наблюдать, анализировать и многие другие особенности.

Но наряду с этим длительное пребывание в обстановке физических страданий и эмоциональных переживаний у больных людей иногда выявляет и у врача или некоторую тревожно-настороженную направленность внимания на свое соматическое состояние, или же, наоборот, подчеркнуто пренебрежительное отношение к своему здоровью.

Существует крылатое изречение: «Врачу — исцелися сам». Однако ряд авторов пишет о небрежном отношении врачей к своему здоровью, несоблюдении режима труда и отдыха, питания. По данным некоторых иностранных авторов, неврозы у врачей наблюдаются в 2 раза чаще, чем у инженеров. У них же преобладают инфаркты миокарда, коронароспазм, в особенности у хирургов. Врачи нередко игнорируют свое заболевание. Имеются данные, что врачи обращаются при раке легких через 7 мес после появления первых

симптомов болезни, при раке желудка — через 9 мес и т. д.

Существует ложное мнение, что с течением времени врач становится равнодушным к страданиям человека, что, уйдя домой, он освобождается от мыслей и волнений по поводу судьбы своего больного. Но как показывают материалы наших анкет, данные жизненных наблюдений и литературные описания, у врача нет покоя и тогда, когда он снял халат. Многие врачи заняты неустанной работой дома над медицинской книгой, мысли и чувства их наполнены беспокойством о правильности диагностики, произведенных и предстоящих назначениях и перспективах лечения, переживаниями, связанными с состоянием тяжелых больных. Где бы ни находился врач — на работе, дома, во время прогулки или в отпуске, ему всегда приходится помнить, что он врач. И нередко все то, что он не успел проанализировать днем на фоне большой и порой напряженной работы, он обдумывает и разрешает в ночные часы.

Какому делу себя с усердием кто посвящает,
То дело мысли его и ночью заполняет.
Я в тайны природы проникнуть стремлюсь.
Мой ум озабочен загадкой глубокой.
И даже во сне я мечтаю, несусь
К решенью загадки и тайны высокой.

(*Лукреций Кар*)

От момента внутриутробного развития человека до его глубокой старости, до последней минуты его существования врач — этот добрый друг и неизменный товарищ, помогает ему в его физическом и духовном росте, в полноценном использовании того великого чуда, которое называется жизнью. А. Ф. Билибин говорит, что учиться быть врачом — это значит учиться быть человеком. Медицина для истинного врача больше, чем профессия. Она — стиль жизни. Работая в обществе, где утвердился социалистический образ жизни, советский врач становится еще более сильным, уверенным и в то же время требовательным к себе, расширяя и углубляя свои профессиональные знания.

Профессия врача требует от человека большой и многогранной отдачи и порой отречения от многих увлечений и личных жизненных планов. Например,

С. П. Боткин проявлял большие способности и мечтал стать математиком, но, став врачом, он посвятил медицине всю свою жизнь. Теодор Бильрот виртуозно играл на скрипке, но оставил музыку во имя хирургии. В. П. Филатов был великолепным художником, но целиком отдался врачебной деятельности. Впрочем, бывали чрезвычайно редкие примеры и иного характера. Так, венский врач Леопольд Ауэндруггер — создатель метода перкуссии — последние годы жизни целиком посвятил музыке, конечно, приносящей радость людям.

Среди молодежи медицина пользуется довольно широкой популярностью, и многие хотят избрать профессию врача. Но готов ли молодой человек к этой нелегкой и по существу самоотверженной деятельности, обладает ли теми душевными качествами и чертами характера, которые необходимы для человека, решившего посвятить себя, свою жизнь служению больному, страдающему человеку, служению целям здравоохранения? Разве не встречаются в жизни такие не столь уж редкие факты, когда, получив желаемое высшее образование и даже проработав определенное время в той или иной области, специалист приходит к выводу, что данная профессия избрана им по совершенно случайным обстоятельствам? Еще более сложно это в области медицины. Нет тогда радости труда, нет эмоционального контакта с больными. А ведь это определяет успех всей работы в целом.

Что прежде всего должно являться основной движущей силой, определяющий выбор такой гуманной профессии, как врач? Как указывалось, это прежде всего любовь к людям, любовь к своей профессии. Но такая любовь не может быть привита извне, она рождается в процессе радостного и творческого труда и является своеобразной и крайне необходимой нравственной нормой жизни. Ведь без призвания и истинной любви к больному часто бывает трудно и даже невозможно подчинить свои личные интересы врачебному долгу. И как бы врач ни устал, какое бы у него ни было настроение, что бы ни случилось в его семье, днем ли, ночью он должен помнить о больном и быть готовым в любую минуту оказать ему необходимую помощь.

Замечательный врач С. П. Боткин в своих клинических лекциях подчеркивал эту особенность врачебной профессии: «Необходимо иметь истинное призвание к деятельности практического врача, чтобы сохранить душевное равновесие при различных неблагоприятных условиях его жизни... Нравственное развитие врача-практика поможет ему сохранить то душевное равновесие, которое даст ему возможность исполнить священный долг перед родиной, что и будет обусловливать истинное счастье его жизни» [1]. Поведение врача состоит в том, что его профессия и образ жизни сливаются в единое гармоническое целое. Примером такого поведения является врач, о котором говорят: «Он нашел себя». Находясь в ситуациях, требующих быстрых и правильных решений, в ситуациях, требующих спокойствия, выдержки, гибкости, твердости, врач неизменно приобретает все новые качества, новый опыт и знания.

Огромное влияние на формирование врача оказывает коллектив медицинского учреждения. Врачебный коллектив, в который попадает молодой и еще неопытный врач, должен стать школой его деонтологического воспитания. И здесь очень важны творческие контакты врачей, их общение и взаимное обогащение опытом, общие разборы, обходы больных, поиски новых подходов, методов диагностики и лечения, взаимопомощь и дружба коллег.

Врач должен всю жизнь обогащаться новой информацией, новыми знаниями для искусства врачевания. Борясь со смертью и болезнями, он провозглашает силу, непобедимость и вечную радость жизни. Этого никогда не должен забывать врач и в самые тяжелые минуты болезни помогать больному преодолеть страх и безысходность.

В картине Гольбейна изображен врач, у ног которого лежит закованная в цепи смерть. Врачебная профессия вечна, пока существует человечество. Социальная значимость труда врача неоценима и неизмерима. Это — борьба за здорового человека. Это — все то, что накоплено теорией и практикой медицины. Это — все, что создавалось в результате индивидуального опыта

---

[1] **Боткин С. П.** Клинические лекции, т. 2, М., 1950.

каждого врача, в результате его самоотверженной борьбы за настоящее и будущее человека, за здоровье и его совершенствование, в результате неустанной работы врача над собой.

Высокогуманные задачи и обязанности советского врача отражены в тексте присяги, добровольно принимаемой оканчивающими высшие медицинские учебные заведения, текст которой утвержден Указом Президиума Верховного совета СССР от 28 марта 1971 года (см. приложение).

БОЛЬНОЙ И БОЛЕЗНЬ

Здоровье характеризуется как способность человеческого организма преломлять всю совокупность природных и социальных факторов, составляющих условия его жизни без нарушения гармонии физиологических механизмов органов и систем, обеспечивающих нормальное функционирование человека. К. Маркс определял болезнь как стесненную в своей свободе жизнь, подчеркивая этим важность ее социальных последствий для человека [1]. И, действительно, болезнь вносит дезорганизацию во все системы организма, и во многих случаях трудно взвесить, что для больного тяжелее: его физические страдания, нарушения настроения, выступающие при любой болезни, или определенные изменения его социального положения, обусловленные болезнью.

Современная медицинская номенклатура насчитывает множество заболеваний, и в каждом из них нередко сложно переплетаются соматические и психические расстройства с различной степенью выраженности тех и других.

Болезнь обнажает все стороны жизни человека. Самый факт осознания: «Я болен» изменяет взаимоотношения с окружающими, самооценку и поведение заболевшего.

Соматическое или психическое заболевание представляет собой сложнейшую цепь взаимно связанных

---

[1] Маркс К. и Энгельс Ф. Сочинения. изд. 2-е, т. 1, 1955, с. 64.

звеньев. Здесь играют роль особенности реактивности и адаптационных механизмов, нейро-гуморальная и нейро-эндокринная регуляция, обменные процессы, психогенные воздействия, свойства личности и ее реакций и особенности социальной среды. Заболевания отличаются не только по этиологическим признакам, но и по интенсивности, динамике и выраженности болезненных расстройств, длительности течения, скорости развития, характеру субъективных и объективных проявлений в картине болезни.

Большая или меньшая роль психического фактора в соматической болезни подтверждена клиническим опытом и теоретически обоснована положением о единстве психического и соматического. Течение и исход соматического заболевания в значительной мере зависят от особенностей личности и ее трудовых установок, от характера семейных отношений и других социально-психологических факторов. Болезнь оказывает большее или меньшее психотравмирующее действие. В ряде случаев больные прикованы к анализу своего состояния и страданиям, которые вносят в их жизнь болезнь и ее последствия. Стесняясь откровенно высказать свои мысли и сомнения, многие больные уходят в свой внутренний мир, страдая от этого еще больше и продолжительнее.

Еще И. М. Сеченов считал, что любая болезнь изменяет психологию человека: «Человек, страдающий болезнью желудка, должен иметь свою психологию» [1],— писал он. М. И. Аствацатуров (1938) говорил даже о специфических эмоциональных реакциях, свойственных больным с различными заболеваниями внутренних органов: «Для внезапных расстройств сердечной деятельности,— писал он, — характерна эмоция страха, для печени состояние гневной раздражительности, при расстройстве желудочной функции наблюдается апатическое настроение, безразличие или даже отвращение к окружающему; при затруднении опорожнения полостных органов и переполнении их — чувство беспокойства». Нельзя не согласиться с Чарльзом Диккенсом, считавшим, что, подобно тому, как в природе самые

---

[1] **Каганова В. М.** Мировоззрение И. М. Сеченова. М., 1948, с. 101.

большие горы состоят из несметного числа мельчайших частиц, так из незаметных мелочей складывается счастье или несчастье человеческой жизни. Если учесть, что любая болезнь всегда возникает на фоне определенного эмоционального состояния и нейросоматического тонуса, то совершенно естественны нарушения жизненных отношений больных, которые она преобразовывает и искажает. Изменяются самооценка больных, оценка своего физического и психического состояния, отношение к трудовой деятельности, к семье, к обществу, к настоящему, к прошлым событиям своей жизни, к жизненным перспективам. Нарушается система отношений личности (В. Н. Мясищев, 1960). Эти сложнейшие социально-психологические преобразования, которые отражаются на поведении, деятельности и взаимоотношениях с окружающими, чрезвычайно важно учитывать каждому врачу. «Шкала» переживаний человека... По-видимому, это безбрежный и мало изученный океан, но это тот отправной пункт, без которого трудно понять человека вообще, а больного человека в особенности.

Чтобы понять больного, необходимо уяснить систему его психологических установок, выявить психологические барьеры, препятствующие адекватному отношению к болезни.

При нередких невротических осложнениях соматических болезней и особенно при неврозах по возможности следует выяснить: 1) характер психогении, 2) подготовленность к ней, 3) однократность или многократность психотравмирующих воздействий на больного; 4) кратковременность или длительность воздействий во времени, 5) повторяемость аналогичного переживания в дальнейшем, 6) значимость, актуальность переживания для данной личности, 7) какие стороны системы отношений личности оно затрагивает, 8) динамику психогении и ее преобразование в дальнейшем. Не менее важно выяснить наличие нескольких одновременно действующих или наслаивающихся психотравмирующих влияний. Большую роль играет мотивация переживаний, их оценка самим больным. Здесь, естественно, всегда можно найти отражение отношений человека к разным сторонам своей жизни, к миру, людям.

Рациональная оценка себя и окружающего — основное условие адекватного приспособления к различным факторам среды. В результате отрицательных психогенных влияний нередко возникает диссоциация между желаниями и возможностями больного, которую должен вовремя установить врач, и тогда ему становятся более понятными внутренняя картина болезни и ее особенности. Любое переживание должно рассматриваться с учетом жизненных доминант, установок, особенностей эмоционального состояния больного и способности его адекватно отнестись к сложившимся обстоятельствам. Далеко не все неудачи, потрясения и конфликты являются эмоциональным стрессом. Поэтому для понимания условий их патогенности необходим многосторонний анализ психологической природы ситуаций, способствующих развитию болезни или осложняющих ее. Наиболее декомпенсирует психотравма, когда приходится ее скрывать, притворяться, маскироваться, «играя определенную навязанную роль», сдерживать внешние проявления своих чувств без «эмоциональной разрядки», в особенности при наличии страхов, тревоги, беспокойства. Личные обиды в быту, семье и на работе, инвалидизация или же заболевания, нарушившие привычный жизненный стереотип и препятствующие полноценной жизни и труду, неразделенная любовь, неудачный выбор профессии, наконец, неверие в успех лечения и последующие жизненные перспективы, одиночество и многое другое — далеко не полный перечень факторов, влияющих на больных и на течение болезни.

До последнего времени в большинстве случаев пишут об «острых» или «хронических» психогениях. Сами по себе эти термины не четко очерчены. Важно установить, от чего зависит «острота» психогенных воздействий — от их внезапности, кратковременности или от силы и значимости переживаний. То же самое — следует определить, является ли «хроническая» психогения следствием одноразово, массивно действующей или же продолжающейся из месяца в месяц психотравматизации, значимой для человека или уже становящейся «привычной» из-за длительности воздействия.

Влияние психогений на здорового и больного человека — большая проблема человековедения, тесно связанная с рядом смежных медицинских и немедицин-

ских вопросов. Детальный анализ психогений имеет большое значение в аспектах взаимодействия: психогения — больной — врач. И здесь в первую очередь, как уже указывалось, важно выявить наиболее актуальные психотравмирующие воздействия, с которыми приходится чаще всего встречаться: это переживания, связанные с чувством страха по поводу своего соматического и психического состояния, исхода различных заболеваний у себя и у близких людей. При этом нередко возникают сложные переплетения болезнетворных условий, к которым на том или ином этапе привлекается внимание врача в силу того обстоятельства, что в картине многих соматических заболеваний выявляется ряд нервно-психических расстройств, так же как клиническая симптоматика различных неврозов сочетается с соматическими нарушениями.

На начальных этапах многих соматических заболеваний выступают нарушения сна, неприятные ощущения в различных частях тела, колебания настроения, что заставляет больных обратиться к невропатологу или психиатру. Наряду с этим отдельные формы шизофрении, циклотимии и особенно неврозов дебютируют с соматических нарушений, и больные начинают свой путь с терапевта, хирурга и других врачей соматического профиляя.

На основании клинических наблюдений крупнейшими терапевтами, невропатологами, психиатрами (Г. Ф. Ланг, С. Н. Давиденков, В. А. Гиляровский, Е. К. Краснушкин, В. Н. Мясищев и др.) отмечены многочисленные нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы и др. при неврозах и психогенных реакциях. При этом нельзя говорить просто о неврозе органа. К сожалению, еще встречаются в историях болезни некоторых врачей диагнозы: «невроз сердца», «сосудистый невроз», «невроз желудка», «невроз кишечника», в то время как расстройство органа в подобных случаях является лишь ярким местным симптомом общего или системного невроза. Ошибочная диагностика связана с тем, что не всегда учитывается психогенез, а также роль условнорефлекторных механизмов, с которыми, как известно, наиболее часто связаны нарушения вегетативных функций. Известные экспериментальные

исследования А. О. Долина (1953), А. Г. Иванова-Смоленского (1955) и др. показали стойкую и длительную зафиксированность различных симптомов, развивающихся в психогенно обусловленной ситуации по механизму патологического условного рефлекса. Такого рода болезненные расстройства нелегко поддаются лечебным воздействиям. Вот один из примеров условнорефлекторно зафиксированного симптома.

Девушка, заканчивающая школу, увлеклась приехавшим в отпуск молодым человеком. Впервые в жизни она провела в обществе мужчины весь день, который был наполнен множеством интересных впечатлений. Они были в ресторане, катались на лодке, посмотрели интересный фильм в кино. На протяжении многих часов она гасила позывы к мочеиспусканию, стесняясь пойти в туалет. Вечером, уже не выдерживая напряжения, она направилась в туалет, находившийся поблизости. Присутствие большого количества женщин было очень неприятно. С огромными трудностями она «выдавливала» небольшое количество мочи. В дальнейшем у нее начала «задерживаться моча и выделяться каплями». Обратилась к урологу. Многократные исследования мочи не выявили никакой патологии. Однако уролог длительное время безуспешно лечил ее, трактуя как урологическую больную, так как не вскрыл истинных механизмов заболевания.

П. К. Булатов наблюдал приступы бронхиальной астмы, развивающиеся по таким же механизмам условнорефлекторной фиксации при наличии психогенного звена. У одной из описанных им больных первый приступ возник в волнующей ситуации в Ялте. В дальнейшем слово «Ялта» немедленно вызывало такие же приступы. Аналогичные наблюдения приводят Е. А. Попов, И. М. Аптер, А. М. Свядощ и другие авторы. Наши наблюдения тоже касаются значительного количества больных с психогенно развившимися отрыжками, рвотами, поносами, задержкой мочи, изменениями характера и ритма дыхания и т. п. Ряд авторов отмечает «соматизацию» и «ипохондризацию» современных неврозов и преобладание в их клинической картине многочисленных соматических, вегетативных, диэнцефальных, эндокринных и других расстройств.

В последние годы значительно реже встречаются «классические» формы неврозов: истерия, неврастения навязчивых состояний. Они проделали значительный патоморфоз и нередко выступают в сочетании с сосудистыми расстройствами на фоне гипертонической

болезни, атеросклероза, артериальной гипертонии, остаточных явлений энцефалита, посттравматической церебральной симптоматики. Появились различные клинические варианты неврозов в сочетании с изменениями функции щитовидной железы, с сахарным диабетом. В связи с демографическими изменениями, увеличением количества пожилых людей наблюдаются неврозы позднего возраста, невротические расстройства при патологическом климаксе у женщин, реже у мужчин.

Проведенный Б. Д. Карвасарским и Ю. Я. Тупициным[1] анализ историй болезни 2000 лиц, находившихся на обследовании и лечении в клинике неврозов и психотерапии Ленинградского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, показал, что соматические расстройства психогенного характера встречаются у 39,5% больных, в том числе сердечно-сосудистые нарушения — у 16,7%, желудочно-кишечные — у 8,3%, сексуальные — у 6,2%, дыхательные — у 3,0% и прочие — у 5,3%. По А. А. Шатрову[2], у больных неврастенией нередко наблюдаются изменения дыхания (на вдохе или выдохе) — $^1/_3$ мужчин могли задержать дыхание на вдохе лишь на 20—40 с (вместо 50—60 с у здоровых), а женщины — на 15—30 с (вместо 40—50 с в норме). Т. С. Истаманова (1958), наблюдавшая у больных неврозами нарушения моторной и секреторной функции желудка и кишечника, считает, что функциональные и органические нарушения здесь тесно переплетаются и в дальнейшем могут способствовать развитию хронического гастрита или колита, язвенной болезни и других органических заболеваний. Как известно, в терапевтической практике встречается немало случаев дискинезии желчных путей, которые своим атипичным течением напоминают приступы печеночной колики. Аналогичные явления наблюдаются иногда и со стороны почек, почечных лоханок, мочевого пу-

---

[1] **Карвасарский Б. Д., Тупицин Ю. Я.** Международная номенклатура неврозов и предложения к очередному (IX) ее пересмотру. — в кн.: Неврозы и пограничные состояния. Л., 1972, с. 5.

[2] **Шатров А. А.** Изменения основного обмена и функциональной активности щитовидной железы у больных неврастенией при санаторно-климатическом лечении. Автореф. дисс. канд. Ялта, 1961.

зыря. Достаточно хорошо известно, что психогенные влияния изменяют состояние эндокринных желез, нарушая их функциональную деятельность.

При эмоциональном стрессе можно наблюдать различные реакции на болезнь у разных больных. Одни погружаются в свой внутренний мир, начинают «щадить себя», «отгораживаться» от ситуаций, несущих какое-то физическое или эмоциональное напряжение, от контактов с окружающими. Они боятся говорить о своем состоянии и получать добавочную информацию о данном заболевании и его особенностях. При доверии к врачу эта тема затрагивается только с ним. Другие, наоборот, посвящают всех в свои переживания и ощущения, советуются и ищут аналогичных больных, которые могут поделиться с ними «своим опытом». Стремясь расширить свои познания, они начинают интересоваться медицинской литературой, посещать лекции на темы, близкие к их заболеванию, занимаются «самоизучением», «самоисследованиями» (измеряют многократно температуру и кровяное давление, считают пульс, пальпируют «пораженный орган»). Нередко такие больные консультируются у многих специалистов, исследуются рентгеноскопически и рентгенографически, добиваются электрокардиографических, электроэнцефалографических исследований, анализов крови на различные ингредиенты; порой не доверяя многим врачам, бесконечно «меняют» их. Иногда больные переходят на «самолечение», создавая собственные «теории» своего заболевания, выясняют новые данные о тех или других «модных» лекарственных препаратах и стремятся любыми путями получить их.

Ряд больных изменяют свой образ жизни, начинают избегать любых физических и умственных нагрузок. Другие вводят новый режим питания; здесь тоже часто бывают контрасты: одни резко уменьшают рацион углеводов и жиров, почти доводя себя до «голодания», другие начинают без достаточных показаний для этого усиленно питаться, утверждая, что они «резко похудели», «падают от слабости», хотя объективно это ничем не подтверждается. Многие больные изменяют и характер одежды, начинают усиленно «утепляться», даже в летние месяцы. Зимой же они носят множество теплых вещей, покупают специальное «лечебное белье»

и т. д. Логическим итогом такого повышенного внимания к своему здоровью является резкое изменение режима труда и отдыха. Одни больные «временно» оставляют работу, другие стремяться сменить ее на более легкую, переходят на менее ответственную должность.

В последнее время дебатируются вопросы, касающиеся излишнего и длительного пребывания больного на койке больничного учреждения, учитывая в известной степени отрицательное влияние на психическое состояние человека самого факта госпитализации и коренной ломки привычного для него ритма жизни, ломки привычного житейского стереотипа. Конечно, при многих заболеваниях или ургентной помощи больница необходима, и вряд ли это вызывает у кого-либо сомнения и возражения. Своевременная, показанная, обоснованная госпитализация приносит облегчение, выздоровление и во многих случаях возвращение угасающей жизни. Однако больница в определенной мере оказывает и негативное психологическое влияние на больного. Он что-то не успел и не сумеет сейчас осуществить, чего-то лишился, ушел от каких-то радостей жизни. Помимо этого, наблюдая других больных и неизбежно сопоставляя себя с ними, пополняя свои «знания» в медицине, больной «обрастает» болезненными переживаниями, невротизируется.

Наши многолетние наблюдения над больными, страдающими различными заболеваниями, в эндокринных, туберкулезных, общесоматических и других стационарах выявили довольно частые отрицательные влияния больничной обстановки с ее специфическими особенностями. Здесь, несомненно, неблагоприятную роль играет взаимная индукция больных при обсуждении жгучей темы — особенностей заболевания, его осложнений и лечения. Наблюдение более тяжелых больных и сопоставление себя с ними способствует «перенесению на себя» в результате повышенной внушаемости и самовнушений отдельных симптомов и дальнейшему уходу в болезнь. Также плохо сказывается на эмоциональном состоянии больных информация ряда лиц, многократно поступающих на лечение с обострениями, декомпенсациями, разочаровывающая в отношении возможности излечения и дальнейших жизненных перспектив. Нередко дискуссии больных, совместное с персоналом

обсуждение отдельных симптомов, возможных осложнений, методов лечения, формируют в дальнейшем беспочвенные страхи, опасения, состояния тоски и безысходности. Наиболее тягостными становятся вечера, ночи, когда особенно тяжело переживается оторванность от семьи, работы, друзей, привычной деятельности и образа жизни.

Поэтому возникают задачи устранения всего отрицательного, что несет с собой госпитализация. Вот почему (конечно, и по многим другим важным причинам) в последние годы придается такое большое значение развитию различных форм внебольничной помощи, при которой больной не отрывается от повседневной жизни, от его социальной среды.

Диспансеризация больных в настоящее время является ведущим звеном специализированной медицинской помощи при многих заболеваниях. Диспансеры различной категории, поликлинические и диспансерные отделения больниц разного профиля оказывают специализированную помощь взрослым и детям. При этом осуществляется не только активное выявление больных и оказание им всех необходимых видов врачебной и социальной помощи, но и проводятся большие санитарно-гигиенические и профилактические мероприятия.

Элементы «познания» больными своей болезни представляют не только практический, но и научный интерес для врача. А. П. Чехов, бывший вдумчивым врачом, придавал большое значение изучению ощущений больных, их жалобам, на основании анализа которых у больного создается определенное суждение о характере заболевания. «Надо так же хорошо знать жалобы, переживания и изменения характера больного, — писал Г. Бергман в «Функциональной патологии», — как и результаты исследования его болезни, чтобы поставить правильный диагноз и прогноз, и вообще для того, чтобы заниматься врачебным делом».

Поэтому большое значение имеет самоописание болезни больными, дающее врачу ценный материал об особенностях субъективных ощущений и их оценке, о самовосприятии ими болезни и отношении к ней, о выносливости, эмоциональном состоянии и др. Приведем одно из таких самоописаний.

Больной Я., инженер, 58 лет. В годы минувшей войны попал в концентрационный лагерь, где пробыл около 3 лет. В послевоенные годы оставила его жена, и больной жил с родителями. Вот что он пишет: «За последние два года умерли мои родители у меня на руках от рака. Я почувствовал себя нездоровым. Сейчас я жалуюсь на навязчивые страхи, что должен заболеть раком, что, наверное, я уже болен и должен скоро умереть. Постоянные волнения и страх вызывают бесконечные расстройства желудка, хотя при этом «сходить» мне большей частью нечем. При этом возникает подозрение, что, видимо, у меня рак прямой кишки. Это порождает новый страх и новые позывы. Образуется как бы замкнутый круг, что делает состояние невыносимым. Меня мучает плаксивость, слезы вызывают всякие мало-мальски волнующие обстоятельства, впечатления о виденном, прочитанном и слышанном. У меня неполноценный сон и снижена трудовая активность, а раздражительность переходит в упадок настроения. Меня беспокоит сердце. Я понимаю неразумность волнующих меня мыслей, но не могу навести порядок в самом себе. На протяжении дня болезнь волнами захватывает меня. Появилось новое беспокойство, будто сосок правой груди у меня не такой, как левый. У него большая чувствительность при прикосновении. Это раздражает, останавливает на нем внимание (у покойной матери был рак правой груди), хотя внешне мой правый сосок не отличается от левого. Во время лечения психотерапией мое душевное самочувствие постепенно начало улучшаться. Мысли значительно реже останавливаются на деталях, ранее волновавших меня, сон стал продолжительнее, реже проявляются сновидения, которые, как правило, были из области пережитых лет, меньше беспокоит сердце. Мне стало легче работать. Я не столь часто, как ранее, ухожу в себя. Измерить изменение самочувствия после каждой беседы с врачом и сеанса гипноза трудно, однако прочувствовать и сравнить его неделю с «неделей» — легко. Я чувствую поступательное улучшение, хотя в душе побаиваюсь умереть».

В приведенном самоописании видны условия развития болезни, вызванной рядом тяжелых переживаний различного характера. На высоте психотравмирующих ситуаций выступает невротическая симптоматика в форме тревожно-фобических построений с элементами ипохондричности, возникающих под влиянием самовнушения. Больной критически оценивает свое состояние, борется с болезнью, но не может самостоятельно преодолеть ее. На фоне проводимых психотерапевтических воздействий изменяется самооценка, начинает расшатываться построенная им концепция болезни, выравнивается эмоциональный фон, активируется процесс необходимой перестройки болезненно измененной системы его отношений.

Существуют различные типы реакций на болезнь, с которыми приходится встречаться врачам всех специальностей. Астенический тип реакции проявляется в форме повышенной утомляемости, истощаемости, сенситивности, эмоциональной гиперестезии, слабодушии, плаксивости, падении активности, вялости, пассивности и т. п. Депрессивный тип реагирования на болезнь характеризуется чувством тревоги, тоски, растерянности, потерей надежды на улучшение состояния, восприятием своих ощущений и переживаний в мрачной окраске с тенденциозно-пессимистической оценкой любых проявлений болезни, отсутствием побуждений к преодолению болезненных расстройств, чувством безысходности и «смирения». Ипохондрический тип отношений к болезни — «жизнь в болезни», которая подчиняет себе все интересы и желания человека. Он обнаруживает пристальное внимание к любому ощущению, парадоксальную оценку даже незначительных нарушений, констатированных при исследованиях, пускается в бесконечные поиски истинной причины тягостных ощущений, часто сменяет одних врачей на других, одни исследования на другие и т. п.

Тревожно-мнительный вариант отношения к болезни характеризуется повышенным вниманием к незначительным изменениям в соматическом или эмоциональном состоянии, недоверием к назначениям врача, страхом и ожиданием «возможных осложнений» болезни, ее тяжелого течения и исхода. Многие из таких больных проявляют повышенный интерес к медицинской литературе, причем здесь нередко выявляется двойственное отношение к приобретаемым «знаниям». С одной стороны, больные стремятся их использовать в режиме и лечении, с другой — боятся их и скептически анализируют, без достаточных оснований неожиданно прекращают начатое лечение, боясь довести его до конца. Часто они ищут какие-либо новые методы лечения, действенные лекарственные препараты, а затем боятся их принимать. При этом типе отношения к своей болезни легко формируются самые разнообразные фобии: инфаркта, паралича, инсульта, пневмонии, психического расстройства.

Наблюдается, наконец, истероформный вариант отношения к своему заболеванию, где выступает целый

комплекс эмоциональных сдвигов. На протяжении дня у больных колеблется настроение: то они плачут, хватаются за пульс, ощупывают грудь, живот, заявляя, что «умирают», то, быстро успокоившись, переключают свои интересы на внешние факторы окружающей среды. В семье и на работе они много говорят о своем состоянии, стремясь поделиться своими жалобами, ярко и красочно описывая их. У некоторых таких больных выявляется наклонность к фантазированию, при каждом повторении истории своего заболевания они начинают «прибавлять» все новые подробности, верить в их достоверность, хотя это не всегда соответствует истине. Иные больные при этом глубоко вздыхают, выразительно демонстрируют яркой мимикой свои «муки» и «страдания», жалуясь на недостаточное сочувствие, непонимание их близкими людьми, на работе и проч. Они могут проявлять придирчивость к врачам и медицинскому персоналу, полагая, что недооценивается тяжесть их состояния. Находясь среди других больных, страдающих различными заболеваниями, например бронхиальной астмой или приступами болей и т. д., они иногда продуцируют аналогичные состояния, развивающиеся по механизмам внушения и самовнушения. И, к сожалению, иногда им удается поверить не только самим в «приступ аппендицита», «внематочную беременность», «заворот кишок», но и дезориентировать некоторых хирургов, терапевтов, гинекологов. В таких случаях эти больные порой неоправданно подвергаются хирургическим вмешательствам.

Приведенные варианты отношения к болезни представлены, конечно, схематично и не всегда ярко выражены. В конкретных случаях они не резко разграничены и представляют сложные сочетания различных черт.

Игнорирование заболевания и отсутствие интереса к своему соматическому состоянию с нежеланием лечиться и обращаться к врачам встречается значительно реже. Оно бывает связано с особенностями личности, а также ситуациями, условиями жизни, трудными семейными обстоятельствами, когда «нельзя болеть». В отдельных случаях мы наблюдали такой тип «вытеснения болезни» у некоторых врачей.

Принято считать, что переоценку тяжести болезни и тяжелые тревожно-депрессивные и другие эмоцио-

нальные реакции больные обнаруживают в начальном периоде, пока нет адаптации к болезни. В дальнейшем же происходит психологическая переработка, и больной в какой-то мере начинает приспосабливаться к тем изменениям в жизни, труде, быте, которые обусловлены болезнью. Наши наблюдения показывают, что в ряде случаев, наоборот, с течением времени, в связи с изменениями сложившегося жизненного стереотипа, отношение к болезни становится более пессимистическим, чем на более раннем ее этапе. В других же случаях благоприятный исход заболевания нормализует самооценку больного.

В наш век эмоциональных нагрузок все более очевидным становится влияние эмоционального стресса на развитие соматических расстройств. Еще в годы войны многие авторы описали аменорею у женщин молодого и среднего возраста. У женщин, находившихся в концентрационных лагерях, на протяжении ряда последующих лет не восстанавливался нормальный менструальный цикл. В этих же условиях у молодых мужчин были отмечены еще более тяжелые и необратимые эндокринные расстройства, вплоть до атрофии яичек.

Стрессовые факторы оказывают влияние и на заболевание сахарным диабетом. В последние годы наблюдается увеличение количества больных диабетом, обусловленное «постарением человечества», изменениями условий питания и употреблением излишне калорийной пищи (особенно в пожилом возрасте). Немалая роль при этом принадлежит неблагоприятным эмоциогенным воздействиям.

Нет надобности доказывать значение эмоционально-психогенного фактора в генезе сердечно-сосудистых заболеваний, представляющих проблему самого актуального значения (гипертоническая болезнь, стенокардия, инфаркт миокарда). А. Л. Мясников считал, что гипертоническая болезнь — это невроз, острие которого направлено на сосудистую систему. Известно, что страх, состояния беспокойства, растерянности, тревоги, вызываемые потрясениями военного времени и стихийными бедствиями, сопровождаются повышением артериального давления. Так, в Ленинграде в период блокады и в первые послевоенные годы резко возросло число людей с высоким кровяным давлением. После эмоцио-

нального стресса, обусловленного землетрясением в Ашхабаде и Ташкенте, появилось значительное количество больных, страдающих гипертонической болезнью.

По нашим наблюдениям, нередко имеет значение внезапное возникновение страха, застигающего человека не подготовленным к этому переживанию. Приведем два коротких примера патогенного действия внезапного страха.

В одном случае врач, закончивший институт, приезжает в командировку в Воронеж и останавливается в гостинице. В номере с ним оказался человек, который ночью будит его «душераздирающим криком», и он в просоночном состоянии наблюдает впервые в жизни тяжелый эпилептический припадок. В другом случае молодая женщина, главный бухгалтер крупного треста, приезжает по путевке в Железноводск. Вечером она перед сном расчесывает свои длинные волосы и внезапно видит какое-то «летящее животное», которое запутывается в ее волосах и начинает бить ее «в разные части тела». С трудом она «освобождается» от летучей мыши, влетевшей в окно из сада.

В этих наблюдениях, как и в других подобных случаях, до того совершенно здоровые люди заболевали гипертонической болезнью.

Роль психогенных потрясений выступает в патогенезе и различных других соматических заболеваний. В дальнейшем их течении имеет значение личность, ее реакции на болезнь, и, как пишет В. Н. Мясищев, «за осознанием следует переживание боли, тревоги, смятения и отчаяния, потрясающего организм и личность». Можно было бы привести немало иллюстраций этого положения. Ограничимся в качестве примера выдержкой из письма одного больного, отражающего роль переживаний страха смерти в развитии болезненного состояния (сохраняем стиль автора письма).

«Пишет Вам из города Россоши Воронежской области Д-ов. Мне 36 лет. Дело в том, что я был организатором похорон в мае 1973 г. Хоронили механизатора с нашего производства. В конце дня на кладбище меня стало «клонить». Появился озноб, стало жарко и страшно, сводило левую руку судорогой и начало колоть в сердце Прямо с кладбища скорая помощь меня доставила в поликлинику, и сделали укол. После этого полтора месяца я пролежал в больнице. Я стараюсь работать, но с этого времени меня не покидают мысли обо всем плохом. Я никак не могу избавиться от этих мыслей. Начинаются колики в сердце, поднимается давление, день мне кажется годом. Вот уже около трех лет мучаюсь».

«Встреча со смертью» иногда оказывает очень тяжелое эмоциональное воздействие, «потрясая человека», характеризующегося психологической нестойкостью. Нам пришлось наблюдать ряд больных, находившихся в особых условиях обвала в шахте, автокатастрофы, аварий самолета, пожара и т. д., когда перед их глазами лежали окровавленные, агонирующие люди. В дальнейшем на фоне стойко зафиксированного страха смерти выявлялось большое количество соматических жалоб. Они длительное время болели, наблюдались терапевтами, лечились в основном в терапевтических стационарах, где некоторых из них расценивали как соматических больных. Страх смерти, боязливо-тревожное состояние не увязывалось с, казалось бы, давно отзвучавшими переживаниями, непосредственно не касавшимися больного или его близких. Между тем страх смерти актуален порой даже у относительно здоровых в соматическом отношении людей, особенно при нервно-психической неустойчивости.

Сама по себе ситуация болезни и общение больных, ведущих разговоры о болезни, ее лечении и возможном неблагоприятном исходе являются фактором, вызывающим мысли о смерти и страх смерти. И здесь только одно лицо в состоянии изменить направление мыслей, перестроить установку и эмоциональное состояние больного, успокоить и влить бодрость, стойкость, энергию — это всегда врач. В любом возрасте — в детстве, юношеском, зрелом, позднем — авторитетный врач может помочь избавить больного от тревожных безысходных мыслей и страхов или ослабить их. Гете писал: «Только один человек может невозможное. Он различает, выбирает и судит, он придает длительность мигу». И если говорить о диапазоне «возможности невозможного», то им обладает знающий и гуманный врач. Он приносит веру в выздоровление, изменяет отношение к болезни.

БОЛЬНОЙ И ОБЩЕСТВО

Влияние различных социально-психологических факторов. Состояние здравоохранения теснейшим образом зависит от условий жизни общества. В нашей стране, как указывал Л. И. Брежнев в отчетном до-

кладе на XXV съезде КПСС, «среди социальных задач нет более важной, чем забота о здоровье советских людей»[1].

Наше общество предоставляет трудящимся бесплатную медицинскую помощь и материально обеспечивает в случае болезни и потери трудоспособности. Все шире пользуются у нас люди лечением и отдыхом в санаториях, профилакториях и домах отдыха. Особую заботу проявляет Советское государство о женщине-матери и о детях.

Коммунистическая партия Советского союза и Советское государство издают ряд постановлений и законодательных актов, проникнутых заботой об интересах общества, направленных на охрану здоровья советских людей.

Такими документами огромнейшего значения явились утвержденные 7-й сессией Верховного Совета СССР Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении. Чрезвычайно высокие, гуманные цели и задачи, ставшие непреложным законом для нашего общества, отражены в этом государственном акте. Новые перспективы в деле улучшения жизни и благосостояния нашего народа намечены в решениях XXV съезда КПСС, право на охрану здоровья отражено в новой Конституции СССР.

Центральной фигурой в системе здравоохранения является врач. По данным, приведенным министром здравоохранения СССР академиком Б. В. Петровским в докладе XXXIX сессии общего собрания АМН СССР в октябре 1977 г., в нашей стране работает 865 тысяч врачей, что составляет половину общего числа врачей Европы и третью часть их числа во всем мире. Такая забота о здоровье народа служит одним из проявлений социалистического образа жизни. В этих условиях особенно возрастает гуманная роль врача. Говоря о растущей роли врача в нашем обществе, Г. И. Царегородцев[2] подчеркивает, что деятельность его человекоцентриче-

---

[1] Доклад Генерального секретаря ЦК КПСС т. Л. И. Брежнева на XXV съезде КПСС 24 февраля 1976 г. — «Коммунист», 1976, № 4, с. 33.

[2] **Царегородцев Г. И.** Проблема социального и биологического в медицине. М., 1965, с. 38.

ская, так как «материал» его — сам человек, и врач никогда не должен этого забывать.

Болезни людей нередко прямо или косвенно связаны с условиями их жизни. Многочисленные природные факторы влияют на здоровье «...не прямо и непосредственно, а опосредованно, преломившись через весь комплекс социально-экономических и санитарно-бытовых условий, через общественное бытие людей[1]. Врач не может оставаться равнодушным к обстоятельствам жизни больных, к их трудностям, к социально-бытовым непорядкам, отражающимся на здоровье людей, и к еще имеющимся недочетам в работе медицинских учреждений, неблагоприятно сказывающимся на самочувствии больных.

Министр здравоохранения СССР Б. В. Петровский, говоря о здоровье советского человека, подчеркивает, что оно не является лишь личным достоянием каждого. Оно имеет общественное значение. Жизнь каждого человека протекает среди людей. Жизнь людей — это бесконечное движение вперед, безграничное совершенствование творческих возможностей всего общества. И каждый человек, живя в семье, в коллективе, в определенной социальной среде, является деятельным ее участником.

Восприятие человека человеком, пишет психолог А. А. Бодалев, вместе с основывающимся на нем пониманием одним человеком другого является совершенно обязательной стороной процесса любой совместной деятельности людей, необходимым условием целесообразной ориентировки и действий воспринимающего субъекта в общественной среде.

Дружба и одиночество. Болезнь существенно преображает физическое, эмоциональное состояние человека и существенным образом влияет на его взаимоотношения с людьми. Выпадая из обычного ритма, больной изменяет распорядок своей жизни, поведение, нарушаются его контакты и взаимодействия с окружающими людьми. Поэтому вопросы, касающиеся отношений больного и общества, имеют большое социальное и психологическое значение.

---

[1] **Бодалев А. А.** Восприятие человека человеком. Л., 1965.

В нашем социалистическом обществе много внимания уделяется человеку, бережному отношению к нему, чуткости, помощи людям в трудностях, бедах и недугах. Но еще большее значение приобретают внимание, чуткость, дружеское участие, моральная поддержка, когда человек заболевает и особенно нуждается в помощи. Мудрая русская поговорка гласит: «Человек человеку — лекарство».

В статье «Труд, смерть и болезнь» Л. Н. Толстой рассказывает индийскую легенду: бог наслал на людей болезни для того, чтобы они поняли, что «здоровым надо жалеть больных и помогать им, с тем, чтобы, когда они будут больны, здоровые помогали им».

Каждый врач из собственного опыта и наблюдений может подтвердить, как становятся друзьями больные, которые находились совместно на стационарном лечении либо часто встречались в приемной поликлиники или диспансера. Помимо большой доброжелательности и взаимопонимания, они стараются помочь друг другу, приобретая лекарства, принося передачи, осуществляя связь с родственниками больных, выполняя самые различные поручения, часто не считаясь с физической нагрузкой, со своим временем и т. д. Известно немало примеров, когда больные проводили ночи возле постели друг друга в больнице или дома, отвлекая от мрачных мыслей и болезненных ощущений. В дальнейшем, уже после выздоровления, их объединяла дружба, потребность в общении и товарищеской взаимопомощи. И по существу несчастье, беда, пришедшая к человеку, принесла ему это большое счастье — дружбу, закрепленную на много лет. Дружба — это социальная категория. Она выражает доверие, уважение, чуткость, заботу, взаимопонимание, так как нередко основой дружеских отношений между людьми является общность интересов и взглядов. Поэтому дружба в процессе непрерывного общения обычно приносит радость, взаимное удовлетворение, активируя, стимулируя к жизни, деятельности, творчеству. Дружба в определенной степени способствует преодолению тех черт, которые мешают в различных жизненных ситуациях, заставляет перестроиться, преодолеть трудности, поверить в свои возможности.

Это особенно важно, когда у больных возникает чувство неполноценности, неверия в свои силы. Такие больные замыкаются и уходят в себя, изменяют свой образ жизни, отгораживаясь от общества. И можно наблюдать, как изменяется их поведение в коллективе, где они работают, где они были раньше достаточно общительными. Так возникает своеобразная социально-психологическая изоляция некоторых людей, перенесших тяжелое заболевание с последующими нарушениями различных функций отдельных органов и систем.

Нередко врачам еще приходится встречаться с отдельными случаями своеобразного одиночества больных даже в больших семьях. Особенно это касается лежачих больных, пожилых лиц, больных, плохо передвигающихся без посторонней помощи, ослабленных и т. д. Изолированность отдельных больных в семьях, в коллективе может наступать и в силу характерологических особенностей некоторых людей, отличающихся замкнутостью, скрытностью, молчаливостью, необщительностью. Это наблюдается просто у одиноких людей, чаще пожилого возраста (вдовы, вдовцы, незамужние женщины и неженатые мужчины). Это бывает, наконец, при психологической несовместимости отдельных лиц на работе и в быту. Так возникает «разобщенность», «непонимание», уход в свой внутренний мир. Не рассматривая такие явления как типичные, часто встречающиеся, подчеркнем, однако, необходимость иметь их в виду. Одиночество всегда порождает вялость, пассивность, потерю интересов. Вопрос о том, одинок ли больной или у него есть близкие, друзья, должен стоять перед врачом, наряду с вопросами диагностики, терапии, лечебного режима. Облегчая возможности общения больного, способствуя его контактам с людьми, врач побеждает серьезного союзника болезни — одиночество.

В развитии у больных переживаний одиночества играют роль ряд взаимосвязанных условий: сенсорная депривация (физиологический аспект), ослабление контактов с окружающими (социальный аспект), сознание своей ущербности и ненужности с мрачной оценкой личных перспектив (психологический аспект). Иллюстрацией этого могут служить, например, данные,

полученные А. В. Гнездиловым[1] при исследовании психологических особенностей раковых больных, выписанных из Института онкологии им. Н. Н. Петрова. У изученных больных на фоне удовлетворительного соматического состояния оказывался утраченным интерес к окружающей жизни, даже к внутрисемейным делам. Они подчеркивали свое ощущение одиночества, сетовали на то, что даже самые близкие люди их не понимают. У некоторых подавленность, тяжело переживаемое чувство изоляции и мысли о подстерегающей их смерти приводили к появлению суицидных тенденций. Вместе с тем больные стремились к расширению уже существовавших контактов с медицинскими работниками. Они говорили: «Только белые халаты меня хоть немного успокаивают, среди них я не чувствую себя лишним, как среди здоровых», «Врачи мне стали ближе семьи, где я как чужой», «Врачи не смотрят на меня как на живого покойника». И примечательно, что автору в беседах с больными удавалось выяснить такие особенности их переживаний, о которых даже не подозревали близкие и родные люди. Автор приходит к правильному выводу о необходимости разработки комплекса мероприятий по профилактике «синдрома изоляции».

Одиночество особенно связано с длительным отрывом больного человека от труда, от деятельности. Таким образом, проблема одиночества является проблемой социально-психологической. Она тесно связана с рядом дисциплин, таких как психиатрия, физиология, философия, социология и др. Социологи указывают, что мощным фактором формирования личности и групповых отношений является атмосфера отношений, влияний и взаимодействия в процессе общения. В литературе довольно широко представлены описания случаев, когда изоляция людей от общества вызывает у них изменения поведения, манер, уменьшение запаса слов и интеллектуальное обеднение.

Однако в имеющейся номенклатуре многообразных медицинских терминов и нозологических форм, естест-

---

[1] **Гнездилов А. В.** Об особенностях состояния больных, выписанных из онкологической клиники. — В кн.: Проблемы профилактики нервных и психических расстройств. Л., 1976, с. 75.

венно, не фигурирует «одиночество» как «болезнь». Между тем нельзя забывать, что оно является довольно часто фактором, дезорганизующим эмоциональное состояние и гармоничную деятельность различных систем и организма в целом, фактором, несущим отрицательные эмоции. А это влияет на самочувствие человека, который теряет самое важное — умение и стремление радоваться, надеяться, верить в будущее, бороться.

Но, как известно, даже при самом подробном анамнезе, широко охватывающем различные стороны жизни и динамику болезни, в историях болезни терапевта, хирурга, гинеколога, эндокринолога, невропатолога и нередко даже психиатра, кроме формальной констатации семейного положения, редко можно найти характеристику социального статуса больного в аспекте межличностных отношений, их широты или узости, удовлетворенности или неудовлетворенности человека этой стороной отношений.

Вместе с тем важно учитывать не только случаи одиночества, но и взаимовлияния больных людей. Рассматривая основные механизмы и способы социально-психологического взаимодействия, эмоционального воздействия людей друг на друга, одним из явлений общения можно считать подражание, которое самым тесным образом связано с психологическим «заражением» и внушением. Социолог Б. Д. Парыгин пишет: «...Секрет эмоционального воздействия в условиях непосредственного контакта заключается в самом механизме социально-психологического заражения. Последний в основном сводится к эффекту многократного взаимного усиления эмоциональных воздействий общающихся между собой людей. При этом сила нарастания накала страстей, создающая психический фон заражения, находится в прямой пропорциональной зависимости от аудитории и степени эмоционального накала индуктора» [1].

Это обстоятельство чрезвычайно важно для медицинской практики, где сама по себе обстановка приема врачом в поликлиниках, диспансерах и других учреждениях внебольничной сети создает условия скопления большого количества больных с самыми разнообраз-

---

[1] **Парыгин Б. Д.** Основы социально-психологической теории. М., 1971, с. 259.

ными заболеваниями. В такой же мере (если не в большей) это относится и к больницам, где больные находятся совместно в течение определенного отрезка времени, оторванные и изолированные от привычной социальной среды. Здесь, с одной стороны, как указывалось, может устанавливаться атмосфера взаимопомощи и дружбы, но может возникать и взаимная индукция, «психическое заражение», ведущее, например, к образованию «канцерофобий», фобий «инсульта», «инфаркта» и т. п.

Не только психиатр и невропатолог, но и врачи других специальностей встречают немало больных, где источником их многочисленных аморфных жалоб является индуцирующее влияние товарищей по палате и т. д. Все эти и многие другие вопросы взаимовлияния должны быть в центре внимания врача.

Влияние отрицательных факторов среды. Врачи повседневно наблюдают довольно сложные взаимоотношения между личностью заболевшего человека и социальной средой, и эта среда, как указывалось, может выступать в различных качествах: в качестве лечебно-оздоровительного, реабилитационного фактора или, наоборот, патогенного и поддерживающего болезнь. Напомним, что в прошлом описывались случаи индуцированного помешательства, которые порождались социальными факторами — темнотой, невежеством, тяжелым бытом, религиозными обрядами и т. д. (П. Реньяр, В. И. Яковенко, Н. В. Краинский, Н. И. Погибко). Нельзя упускать из виду, что некоторая часть населения в нашей стране и теперь посещает церкви и молельни, где обстановка религиозного экстаза оказывает индуцирующее воздействие. Это касается в особенности эмоционально неустойчивых, внушаемых лиц. Руководители особенно сектанских группировок нередко запугивают своих приверженцев карой и расплатой, «проклятьем бога». Следует при этом учитывать психологические источники религиозных настроений, кроющиеся, с одной стороны, в слабости и убожестве многих верующих, с другой — в их бесплодном уповании на помощь сверхъестественной силы, что зачастую порождает и фанатизм и озлобленность. Как указывал К. Маркс, «*религиозное* убожество есть в одно и то же время *выражение* действительного убожества и *протест*

против этого действительного убожества». Оценивая в целом влияние религии на сознание людей, К. Маркс писал, что она «есть *опиум* народа»[1]. Люди, попадающие в эмоционально волнующую обстановку молений и проповедей, иногда тяжело заболевают.

Врач любой специальности не может оставаться равнодушным к другому «опиуму», отравляющему не только душу, но и организм людей. Речь идет об алкоголизме, — проблеме, волнующей в настоящее время общественность многих стран. Как показывает опыт советской наркологической службы, профилактика алкоголизма, успешная борьба с ним и его последствиями возможны только при совместных усилиях государственных и общественных организаций и медицинских работников. Борьба с алкоголизмом требует объединенных усилий целого ряда ведомств, общественных организаций, однако большая роль в этой борьбе принадлежит органам здравоохранения. Врачи всех специальностей встречаются и с проявлениями, и с последствиями алкоголизма, и им нельзя оставаться равнодушными к этому злу, разрушающему здоровье и вредящему производству и всему укладу жизни.

Алкоголизм формирует «кадры» больных, обращающихся при его последствиях к медикам различных специальностей: к терапевтам, занимающимся лечением заболеваний сердечно-сосудистой системы, печени, желудка, к хирургам и ортопедам, к которым они попадают как жертвы «пьяных» драк или аварий. До сих пор велико число хронических алкоголиков с острыми нарушениями мозгового кровообращения, с алкогольной эпилепсией, белой горячкой, поступающих в психоневрологические учреждения. А сколько врачей-педиатров наблюдает детей и подростков, психопатизировавшихся в результате невыносимых условий, созданных в семье из-за пьянства отца, матери или других членов семьи.

С целью повышения эффективности общественного и административного влияния на лиц, злоупотребляющих спиртными напитками, в последние годы Советским правительством и ЦК КПСС были приняты важнейшие меры по борьбе с пьянством и алкоголизмом.

---

[1] **Маркс К. и Энгельс Ф.** Сочинения, изд. 2-е. т. 1, с. 415.

Наше законодательство охраняет общество от лиц, страдающих алкоголизмом, но упорно не желающих лечиться. Так, например, по ходатайству общественных организаций, коллективов трудящихся, государственных учреждений или членов семьи, после медицинского освидетельствования суд может вынести определение о направлении на принудительное лечение и трудовое перевоспитание в специальные лечебно-трудовые профилактории алкоголиков, нарушающих правила социалистического общежития и злостно уклоняющихся от лечения. Суд правомочен в необходимых случаях признать алкоголика ограничено дееспособным и назначить опекуна.

В Уголовном Кодексе РСФСР и в кодексах других советских республик имеются специальные статьи, предусматривающие ответственность за преступления, совершенные в состоянии опьянения. Закон прямо указывает, что лицо, совершившее преступление в состоянии обычного алкогольного опьянения, несет полностью ответственность за совершенное им. Алкогольное опьянение (различных степеней), без всяких скидок на глубину его, при совершении опьяневшим преступления не может рассматриваться как условие, смягчающее вину, а скорее, наоборот, считается судами как отягчающее вину обстоятельство. В нашем законодательстве подчеркивается также и необходимость проведения, одновременно с наказанием, принудительного лечения алкоголиков, если они совершили преступление «на почве алкоголизма».

Во многих случаях необходимости в таких вынужденных крайних мерах не будет, если врач своевременно сумеет указать и здоровым, и больным на опасное влияние злоупотребления алкоголем и если будет активно участвовать в противоалкогольной пропаганде. Тогда от многих заболеваний человечество будет избавлено.

Не только алкоголизм, но и любая болезнь близкого человека более или менее часто вносит в житейский стереотип семейной ячейки значительные сдвиги и ломку привычного уклада. Заболевший становится центром особого внимания, повышенной заботы. Течение болезни и реакции больного отражаются и на самочувствии, настроении остальных членов семьи. Психологи-

чески понятно возникновение у них тревоги и опасений. Кому из нас не знакомы эти переживания, эти взаимно индуктивные влияния больного и здоровых членов семьи. Естественно, что это эмоциональное состояние члена семьи сказывается на его работоспособности и поведении в том или ином коллективе. При обостренном болезнью восприятии окружающего растерянность, тревога, мимика близких передаются больному, вселяют неуверенность в благополучном исходе. Спокойное же, без суеты и гиперболических эмоций поведение окружающих действует успокаивающим образом на больного. Это касается и больных детей и стариков.

Врачи не должны забывать, что любая болезнь создает особый психологический климат в семье и нередко становится источником различных невротических реакций и эмоциональных срывов. Особенно это касается тяжело больных с злокачественными опухолями, инфарктом миокарда или постинсультными расстройствами кровообращения, с их пока еще не всегда благополучным течением и исходом.

Бурно и тягостно переживают многие члены семьи психическое заболевание у своих близких, особенно если такое заболевание оказалось для них неожиданным, внезапным и если психологически они не были к этому подготовлены. Конечно, имея довольно поверхностные и смутные познания об этих формах болезней и патологических реакций, питаясь обывательскими суждениями и слухами, люди часто просматривают начало и медленное, вялое течение психического заболевания и только при явно неправильном поведении больного убеждаются в необходимости обратиться к психиатру.

Если с этим опаздывают, то наносится вред больному, его семье, обществу.

Аспекты, касающиеся взаимодействий больного, семьи и общества, всегда должны учитываться врачами. Любая болезнь — стресс, дезорганизующий личность и организм. Она изменяет жизнь человека, влияет на его планы, стремления, мечты, желания и интересы. И самое главное — при тяжелых заболеваниях может утрачиваться вера в завтрашний день и в возможность самопрогнозирования будущего, которое становится в глазах больного зыбким, ускользающим.

Из рассказов многих больных можно проследить эти изменения установок и переживаний личности, которые не всегда замечаются врачом. Наши наблюдения позволяют выделить некоторые из них, наиболее тягостные. Это — переживание своего физического дефекта или уродства (после перенесенных травм с нарушением целости лица, после ожогов и их последствий), при экзофтальме, гипертиреозе, резком ожирении или же исхудании (в случаях эндокринных заболеваний, при акромегалии, гирсутизме, облысении и др.); переживание нарушения функции различных органов и систем — сердца, сосудов (постинфарктные состояния, постинсультные нарушения речи и движений и т. д.), печени, желудочно-кишечного тракта, легких, мочеполовых органов, кожи, расстройств психической деятельности и т. д. Тяжело переносится потеря зрения, слуха. Тягостно переживание ургентных операций и различных хирургических вмешательств, сопровождающихся удалением отдельных органов, в особенности желудка, молочных желез, яичников, матки и ампутация конечностей.

До последнего времени в некоторых семьях и учреждениях боятся контакта с больными, страдающими различными заболеваниями кожи (псориазис, экзема и т. п.). Особенно же боятся близкого контакта с больными злокачественными новообразованиями. Это усугубляется еще в случаях, когда в семье болеют два человека. Возникают «теории» «заразности рака», формируется страх «заражения», в семье создается обстановка растерянности, тревоги.

Существует предвзятое отношение и к психическим заболеваниям с обывательским представлением об их «неизлечимости». Врачам (непсихиатрам) приходится нередко лечить по поводу различных заболеваний, оперировать больных, которые находились ранее в психиатрическом стационаре. В этих случаях нередко сталкиваются с настороженностью, подозрительным отношением к таким больным, находящимся в палате соматической больницы, со стороны других больных.

Более сложные коллизии складываются в ряде семей больных шизофренией, эпилепсией, инволюционными и другими психозами и в среде, где они работали

до заболевания. Здесь нередко возникают конфликты, связанные с недоверием и отрицательным отношением к больным. С другой стороны, нередко психически больные работают в учреждениях и на предприятиях, бывают в обществе людей, где длительное время их болезнь остается нераспознанной. Встречаются больные, находящиеся под наблюдением терапевта, гинеколога, онколога, невропатолога, не замечающих до поры до времени странностей в их поведении и своевременно не направляющих их для консультации к психиатру. Наряду с этим хорошо известно, что ряд психически больных категорически отрицают у себя наличие какого-либо невропсихического расстройства и настойчиво требуют лечения своего мнимого «соматического» страдания. На каком-то этапе обычно происходит конфликт их с семьей, трудовым коллективом, обществом.

Женщина 24 лет испытывала ряд неприятных, неопределенного характера ощущений в области желудка и кишечника Она обращалась в поликлинику за помощью. Тщательно обследовавшие врачи — терапевт, хирург, гинеколог и невропатолог — не выявили каких-либо существенных патологических изменений в ее невро-соматической сфере. В конце концов она была направлена на консультацию к психиатру, а затем помещена в психиатрическую больницу. Наряду с достаточной ориентировкой и внешне упорядоченным поведением, у нее уже имелись нарушения в эмоционально-волевой сфере (целый день лежала, отказывалась от приема пищи, ей было «все безразлично»). Она ощущала присутствие в животе «живого» инородного тела. Ранее при посещении ею поликлиники различные врачи только подробно расспрашивали ее о жалобах, но обстоятельства, с которыми она связывает свою болезнь, она не объясняла. Заявляла лишь, что «выпила недоброкачественную воду». Теперь же в беседе с врачом-психиатром выяснилось, что она обвиняет в своей болезни соседку, которая из зависти напоила ее из ведра «давно застоявшейся водой с лягушачьей икрой». Она припоминает, что «вкус и запах воды был не свежий». Из икры, утверждает больная, «образовались головастики, а может быть, выросли и лягушки», она чувствует ненормальное движение в животе.

В психиатрическом стационаре длительные беседы врача с больной о необходимости лечиться оставались безуспешными. Больная негодующе протестовала против причисления ее к психически нездоровым лицам, требовала немедленной выписки в хирургическое отделение, чтобы там прооперировали и «выкинули все эти гадости». Отношение к назначаемому лечению было негативным, а к лечащему врачу враждебным. Но постепенно под влиянием соответствующего лечения она стала поправляться, появилась достаточно критическая оценка своего состояния.

В практике нередко встречаются больные с ипохондрической симптоматикой самого разнообразного генеза, ошибочно квалифицируемые как соматические больные и с большим опозданием попадающие к психиатру. Своевременное предупреждение таких ошибок является важной задачей врача.

Увеличение числа людей пожилого и старческого возраста, «так называемого третьего возраста», в структуре населения экономически развитых стран и прежде всего в Советском Союзе знаменательно для XX века. По материалам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), на земном шаре проживает более 280 млн. человек старше 60 лет[1]. По данным Министерства здравоохранения СССР, у нас в стране около 21 млн. человек «третьего возраста», а к 2000 году ожидается увеличение их числа до 80 млн. человек»[2].

У людей позднего возраста наблюдаются сердечно-сосудистые заболевания, различные нарушения функций внутренних органов, опорно-двигательного аппарата, нервно-психические расстройства и др.

Прогрессирующая физическая и социальная несостоятельность — «пенсионное банкротство» — отрицательно сказывается на состоянии этих людей. Между тем для общества важно обеспечить здоровье и продлить жизнь этих людей, располагающих ценными знаниями и эрудицией, производственными навыками, большим жизненным опытом. Этими серьезными задачами занимаются в нашей стране Институт геронтологии АМН СССР и ряд гериатрических отделений в больницах и поликлиниках в разных городах Советского Союза. Весьма важная социологическая проблема — максимальное сохранение людей позднего возраста в обществе, — может быть успешно разрешена только путем активной продуманной работы врачей всех специальностей.

На страницах периодической печати неоднократно затрагивались вопросы, связанные с отбором больных для санаторно-курортного лечения и ответственностью

---

[1] Материалы IX Международного конгресса геронтологов. Киев, 1972, т. I, с. 5.

[2] Цит. по Вогралику В. Г. Актуальные проблемы «третьего возраста». — В кн.: Клиническая гериатрия. Горький, 1976, с.3.

врача за даваемые им рекомендации. Как известно, на путевках указываются основные показания и противопоказания для лечения на данном курорте. В большинстве случаев работа «курортно-отборочных комиссий» носит формальный характер. У решающих этот вопрос врачей можно констатировать нередко крайние позиции: либо чрезмерную осторожность и «перестраховку», либо смелое расширение показаний к санаторно-курортному лечению. И в том, и в другом случае нарушаются основные деонтологические принципы. Из-за этого нередко создается конфликтная обстановка: профсоюзная организация дает путевку за счет средств социального страхования, а врач отказывается заполнить курортную карту, далеко не всегда разъясняя причину этого отказа. Не менее острые ситуации иногда складываются уже в условиях санаторно-курортного лечения. Так, во время пребывания в санаториях Кисловодска, Ессентуков, Сочи, Ялты нам приходилось консультировать больных с расстройствами сна, эмоциональной неустойчивостью, состояние декомпенсации у которых было связано с направлением без достаточных показаний в условия данного микроклимата и специфического для данного курорта лечения.

Разумеется, эти серьезные вопросы требуют специального глубокого анализа.

Не менее важным вопросом деонтологической врачебной тактики является выдача больничных листов, врачебных заключений, выписок из истории болезни, ответы врачей на запросы, получаемые из учреждений, где работают больные. Наиболее ранящими психику больного являются заключения о состоянии больных неврозами и психическими заболеваниями. Уже само предъявление документации с печатью психоневрологического учреждения настораживает администрацию и коллектив той или иной организации. Выставленный же диагноз с соответствующими медицинскими рекомендациями порождает различные домыслы в отношении дальнейшей работы данного лица, прочно ставя его в необычное положение.

В повседневной практике нередко приходится сталкиваться с трудными жизненными коллизиями некоторых полноценных и работоспособных людей, переживающих сложный период возвращения в прежнюю об-

становку своей трудовой деятельности после продолжительной болезни. Многие эти вопросы свободно разрешаются, если заблаговременно с администрацией данного учреждения встречается врач или же туда направлятся медицинский работник, занимающийся вопросами патронажа, социально-трудовой реабилитации. Там же, где недостаточно продумываются эти и многие другие вопросы, создаются ненужные осложнения.

До последнего времени остается дискутабельным вопрос о правомерности указания в больничном листе менее травмирующих диагнозов. Например, термин «психастения» устрашает многих людей, «неврастения» же воспринимается без особых переживаний. С нами делились своими переживаниями больные, страдающие различными климактерическими расстройствами по поводу волнующего их диагноза: «патологический климакс», проставляемого на больничном листе в период очередного ухудшения состояния, особенно при различных нейро-соматических климактерических расстройствах. Некоторые больные, зная диагноз (атеросклероз мозга, гипертоническая болезнь, постинфарктные состояния и т. д.), высказывали опасения, что их «списывают в тираж». Давно уже поэтому назрела необходимость указывать не название болезни, а шифры последних в больничных листах и справках.

Немало существует и других важных вопросов, касающихся взаимоотношений больного и общества. Все они теснейшим образом связаны с деятельностью врача, с различными гранями врачебной профессии. Для мыслящего врача, помимо специального клинического опыта и знаний, важно знакомство с основами социологии и социальной психологии. Важно понимание социологии семьи, социологии небольших и больших групп населения, социологии учреждений, социальных ролей (включая роль врача и роль больного), роли общества в лечении больных и т. п. Все эти и многие другие аспекты проблемы «больной и общество» нуждаются в серьезной разработке. Широкий кругозор врача в сочетании с правильной тактикой должен способствовать возвращению больных в общество полноценными людьми.

ВРАЧ И БОЛЬНОЙ

Особенности медицины и основного представителя этой науки — врача — вытекают из их назначения и благородных задач — помощи больному человеку. Вот почему высокие требования предъявляются к деятельности и личности врача, к той науке, которую он представляет.

Каждый ли человек, избравший своей профессией медицину по влечению сердца или случайно, в силу стечения обстоятельств, станет в дальнейшем настоящим врачом, станет «чудесным доктором», умеющим облегчать физические и душевные людские страдания, способным постоянно совершенствоваться в своей профессии, искать новое в достижениях науки, чтобы быть не беспомощным, а хорошо вооруженным в борьбе за здоровье и жизнь больного человека? Ведь стать врачом легче, чем быть врачом!

Несомненно, личность врача, его авторитет как специалиста, тонко разбирающегося в избранной им области медицинской деятельности, является основной предпосылкой правильной и эффективной помощи больному. И это дается не сразу, а приходит с опытом при неустанном труде и постоянном совершенствовании своих знаний.

А. Ф. Билибин говорит о долге и обязанностях врача, о том, что «мудр не тот врач, который много знает и только, но тот, который, объединив в единой системе знание, мудрость и человечность, подлинную гуманность, на этой основе порекомендует больному нужное, отнесется к нему наилучшим образом, поймет полностью больного во всех отношениях» [1].

В западных странах преобладает формальное отношение врача к больному и не только у психоаналитиков, провозгласивших нейтральность принципом своего лечения. Крупнейший хирург Бернард, снискавший мировое имя после успешной пересадки сердца, заявил, что не стремится делать больных своими друзьями. И это понятно, ведь с друга не возь-

---

[1] **Билибин А. Ф.** Врач и больной. — «Вестн. АМН СССР», 1967, № 9, с. 55.

мешь солидного гонорара, а врачи в капиталистических странах обходятся больным очень дорого.

В наше время научно-технического прогресса, оснастившего глаза, уши, пальцы врача сложнейшей аппаратурой, обогатившего его новейшими эффективными лекарственными препаратами, медикам удается проникать и воздействовать на недоступные, скрытые, сокровенные области человеческого организма. Конечно, многое усовершенствовалось и изменилось в работе врачей различных профилей и специальностей, но настоящие врачи не стали и никогда не станут только бесстрастными исполнителями своего долга, своей профессии. Умение врача понимать и тонко анализировать переживания больных, их душевное состояние, психологические нюансы в их поведении и его способность создавать необходимый продуктивный контакт и соответственно этому применять адекватное терапевтическое вмешательство или предвидеть и предупреждать возможные болезненные реакции, влечения и стремления больных являются залогом успешного врачевания.

Таким образом, основная задача, которая стоит перед врачом любой специальности, — с первой же встречи успокоить больного, устранить его эмоциональное напряжение, повышенное внимание к анализу своих ощущений, перестроить его отношение к перспективам лечения и выхода из болезни. Эта, казалось бы, простая задача требует контакта и взаимопонимания. И начинается этот процесс с момента выяснения данных анамнеза болезни и анамнеза жизни. Жалобы больных — это та субъективная сторона болезни, которая часто ускользает от врача, даже обладающего достаточно богатым клиническим опытом. Особенно важно изучать субъективные стороны болезни в переходных периодах: подростковом, полового созревания, увядания.

Известна пугливость больных детей, чувствительность и ранимость подростков, уязвимость старых людей. Е. С. Авербух и В. Л. Ефименко при изучении 100 практически здоровых женщин в возрасте от 50 до 90 лет выявили интересные факты. У 93 из них констатировано снижение настроения без видимых причин, повышение самолюбия отметили 64 женщины,

усиление обидчивости — 49. Авторы отмечают также повышение у большинства раздражительности, тревожности, затяжной характер реакций на психотравмы, жизненные трудности и т. п.

Виднейшие отечественные врачи придавали огромное значение процессу выяснения субъективного и объективного анамнеза. Г. А. Захарьин называл это «снятием медицинского портрета» и считал творческой работой. Для врача этот период не менее важен, чем для больного, так как с него начинается установление контакта, завоевание доверия больного. Ведь всегда положительная установка больного и его доверие, расположение, эмоциональный контакт с врачом облегчают понимание раскрывающихся перед ним разных сторон личности больного, его состояния и поведения в различных жизненных ситуациях.

У врача должно быть немало качеств: терпение, умение внимательно слушать, не перебивая, умение прочувствовать самому и сопережить трудности, невзгоды и страдания больного. При этом не только сообщаемые больным факты, но и наблюдения за особенностями поведения, мимикой больного, жестами, осанкой, манерой держать себя создают целостное представление о нем.

Уже особенности описания своего самочувствия и болезненных ощущений в известной мере дают материал суждений о свойствах личности больного, его жизненных обстоятельствах и динамике болезни. Здесь могут выступать и тревожность, мнительность, усиленное внимание к своему состоянию или же попытка игнорирования и недооценки болезненных нарушений. Особенно ясно выявляются эмоциональная лабильность, состояние растерянности, беспокойства, подавленности, безнадежности, ухода в болезнь и т. д. Надо сказать, что немало врачей, вполне добросовестно относящихся к своей деятельности, не придают особого значения эмоциональной реакции больных на заболевание, считая своей главной задачей диагностику и дальнейшее лечение. Между тем уже здесь, у самых истоков контакта врача и больного весьма важным является преодоление упомянутых реакций на факт болезни и иногда встречающихся скепсиса, озлобленности, неверия или недоверия.

Большой врачебный такт и выдержка, умение в случае необходимости веско и логично опровергнуть мрачные гипотезы больного, показать необоснованность и ошибочность построенной им концепции болезни довольно быстро формируют авторитет врача в глазах больного, уважение к нему как специалисту и человеку, доверие к нему.

В зависимости от преобладания в картине болезни сердечнососудистых, эндокринных или других соматических нарушений, невротических, неврозоподобных расстройств меняется тактика врача. Он продумывает план индивидуализированного лечения и разъясняет больному пути и задачи предстоящего лечения на ближайший период времени, а если заболевание этого требует, то и на более отдаленный. Последнее имеет большое значение, так как предупреждает возможные реакции на «затягивающееся» и «малоэффективное лечение», как часто говорят больные, если не прогнозируются его предстоящие этапы.

Очень важно при этом на каждом последующем приеме показать больному, анализируя сообщаемые им данные, намечающиеся сдвиги в картине болезни, демонстрируя это на отдельных конкретных симптомах, которые смягчились, сгладились или угасли. Такое подведение итога с анализом состояния больного приносит пользу и врачу, заставляя его уточнить комплекс остающихся симптомов и синдромов, проанализировать динамику клинических расстройств и еще раз продумать ход лечения.

Каждый раз, объясняя течение и намечающиеся сдвиги, очень важно подкреплять свои аргументы объективными данными (исследования крови, мочи, различные биохимические, рентгенологические и другие исследования).

Любой врач приобретает все большее доверие больного, если он проводит достаточно глубокое и всестороннее его обследование в условиях стационара или поликлиники и в случае необходимости пользуется консультациями других специалистов (невропатолога, отоларинголога, офтальмолога и других).

Процесс успокоения больного всегда тесно связан с разъяснением и разубеждением, и здесь приходится нередко искать пути для наиболее эффективного и

прочного воздействия с целью изменения отношения к болезни. Однако, разъясняя больному характер его болезни и ее проявлений, врач должен очень осторожно привлекать медицинские термины, примеры и сопоставления. Здесь не должно быть иронического тона, насмешливых замечаний, игнорирования вопросов, задаваемых больным.

Интонация, манера держать себя и формулировать мысли должны быть «отработаны» и продуманы врачом. Ведь каждая встреча врача с больным и даже самая лаконичная беседа всегда содержит психотерапевтическое влияние, и этого нельзя забывать. И. С. Сумбаев придавал большое значение аффективно-насыщенным интонациям: по его мнению, «вокальный жест» в словах врача играет не меньшую роль, чем смысловая сторона. От соответствующей интонации зависит действие указаний врача и их реализация больным.

Познание больным с помощью врача самого себя, характера своего заболевания и перспектив выхода из болезни способствует успешности лечения. Это наиболее простой, доступный для врача любой специальности путь создания у пациента новых доминант, оказывающих оздоровляющее влияние.

Не менее важно сопереживание врача. В последние годы многих зарубежных и советских исследователей привлекает изучение эмпатии — способности человека понимать переживания других людей, сопереживать, приобщаясь к их эмоциональной жизни. Проблема эмпатии имеет непосредственное отношение к общению людей, к стремлению одного человека понять другого и, конечно, к взаимоотношениям врача и больного. А. А. Бодалев считает, что изучение эмпатической реакции возможно только на основе понимания двусторонней взаимосвязи субъекта-объекта.

Анализируя понятия эмпатии, автор пишет: «Практикование в общении коммунистического принципа — «человек человеку — друг, товарищ и брат», наряду со многими другими его значениями, означает постоянное стремление к глубокому постижению существа переживаний и намерений другого человека, и в то же время — отсутствие со стороны последнего при усвоении определенных мировоззренческих основ попыток

их маскировки. Таким образом, с самого начала возникают не только условия для успешного проникновения общающихся друг в друга, для установления между ними искренних, доверительных отношений, но и мировоззренческие принципы, усвоенные эмпатирующими и эмпатируемыми людьми[1]. Эти положения должен понять и использовать врач во взаимоотношениях с больным. Овладение принципом эмпатии как основой человеческого общения, — представляет для него не только большой теоретический, но и практический интерес.

Взаимоотношения врача и больного многогранны, и диапазон их широк. Нередко больные обращаются к врачу, уже располагая определенным опытом, когда не сложилось глубокого контакта и доверия к ранее лечившему их врачу. Более тяжелые или длительно болеющие люди становятся несколько эгоистичными, озлобленными или же скептически настроенными, считая, что врач не принял необходимых мер для лечения или недостаточно опытен. Приходят иной раз разочарованные во всем больные, иронические, недоверчивые, тенденциозно критикующие любое врачебное назначение, вступающие по этому поводу в дискуссию и т. д.

Г. А. Захарьин (1909) в свое время подчеркивал, что серьезно больные вообще, за редчайшим исключением, находятся уже в силу самого болезненного состояния в угнетенном настроении духа — мрачно, малонадежно смотрят на будущее. Чтобы поднять дух у больного, врачу необходимо оказаться сильнее. Это достигается в одних случаях не сразу, а медленно и постепенно, в других — доверие больного завоевывается после одной — двух встреч. Уверенность, оптимизм, решительность, убежденность врача играют большую роль в отношениях с больным, дают последнему надежду, заставляют его бороться с болезнью.

В приведенных выше материалах из анкет, которые заполнялись врачами различных специальностей, содержались их суждения по поводу того, каким

---

[1] **Бодалев А. А., Каштанова Т. Р.** Теоретико-методологические аспекты изучения эмпатии. — В кн.: Групповая психотерапия при неврозах и психозах. Л., 1975, с. 11.

должен быть больной. В их ответах говорилось, что больного невозможно уложить в рамки; больной должен верить врачу; он не должен быть грубым, должен обладать элементарным чувством благодарности; не должен быть назойливым; должен быть спокойным, вежливым, уверенным в успешности лечения; больной и его родственники должны доверять врачу и ценить его знания; в работе врача мешают ненужные знания больными некоторых медицинских сведений; мешает и осложняет работу недоверие больного; врачу часто мешает негативизм, неверие больного в лечение; больного надо принимать таким, каков он есть; никакое поведение больного не должно мешать его лечению; основное — это врач, который всегда должен находить путь к больному, и тогда ему будет хорошо работаться.

В ряде случаев сложные и противоречивые ситуации взаимодействия больного и врача требуют от последнего эмоциональной и интеллектуальной гибкости, смелости решений, веры в свои возможности. Вместе с тем больной постоянно учит врача выдержке, выносливости и терпению, жизнелюбию, человечности, умению в любую минуту мобилизовать себя и т. д. Благодаря глубокому общению с больными врач становится более зрелым, эмоционально богаче. Каждая встреча с больным, разные судьбы больных заставляют многое обдумать и проанализировать, многое переоценить и прочувствовать.

Спасая заболевшего от болезни и смерти, врачу приходится нередко работать в экстремальных условиях, в ситуации риска, требующей большой мобилизации физических и волевых сил, ясности и трезвости мышления, спокойствия. Гуго Глязер в своей книге пишет: «Медицина, которая служит человеку, слагается из искусства и науки, и над ними простирается чудесный покров героизма, без которого не может быть медицины. Это распространяется также и на врачей будней, на великого и малого практика, который, не чувствуя страха, подходит к постели страдающего от тяжелого заразного недуга... и при этом думает не о себе» [1].

---

[1] **Глязер Г.** Драматическая медицина. Пер. с нем.. М., 1962, с. 5.

В процессе общения с врачом наблюдаются различные психологические реакции больных. В ряде случаев очень важно, чтобы больной «раскрылся», стал откровенным, избавившись от эмоционального напряжения или от подозрительности.

План врача и план больного должны соотноситься. У врача — в зависимости от поведения больного, особенностей его личности, глубины контакта, тех ситуационных факторов, которые влияют на больного в его социальной микросреде. Результативность поэтому не всегда зависит только от врача. Велика при этом роль семьи. Иногда семья действует отрицательно, формируя скепсис, ипохондричность, фобии. Они противодействуют лечению, мешают, тормозят. Бывает, что планы врача и больного не соприкасаются из-за позиции последнего, его неверия или его ухода в болезнь. Мы часто наблюдали различные варианты отношения к врачу в зависимости от особенностей личности больных. При истероидных чертах больные довольно быстро (за редким исключением) обнаруживают пассивную подчиняемость, выполняют все предписания врача, но вследствие эмоциональной неустойчивости и внушаемости после встреч с другими больными, знакомыми, обсуждающими их состояние и дающими тут же советы, внезапно изменяют свое поведение, становятся негативистичными, затем раскаиваются в этом и вновь становятся послушными. Тревожно-мнительные, нерешительные, не уверенные в себе больные не могут преодолеть сомнений в отношении назначаемых лечебных мероприятий, боятся «новых», «малоиспытанных», на их взгляд, препаратов, утверждают, что все эти «химические вещества» вредны, охотно пользуются настойками из трав и различными народными средствами, часто меняют врачей, прежде чем избрать того, кому они смогут доверить свое здоровье.

Больные, склонные к ипохондричности, также с сомнением воспринимают врачебные назначения, боятся осложнений, постоянно жалуются на «побочные» действия лекарственных препаратов. В ходе лечения настаивают на контрольных исследованиях и новых анализах.

При доверии к врачу общение с ним становится жизненно необходимым для больного, и когда контакт

глубок и полноценен независимо от характерологических особенностей больного, выявляется откровенность, сердечность, уважение, а иногда даже компоненты обожания и любви, преданности, стремление стать похожим в различных жизненных параметрах на врача. Нельзя не упомянуть о возможности в некоторых случаях появления у больного сексуальных тенденций в отношении врача противоположного пола, осознанных, а иногда и не вполне осознанных. Для преодоления подобных тенденций необходим надлежащий такт и твердость врача.

Умение достичь настоящего контакта с больными, у которых тревога и опасения доминируют в сознании, является необходимой, важнейшей особенностью и мудростью врачевания. Каждый врач должен знать, что если больной не откроет своих переживаний, не пустит в свое наболевшее, интимное, не найдет доверительного контакта с врачом, значит он не ощутил теплоты его участия.

Существует много примеров того, что больные одному врачу не раскрывали сущности своих переживаний, а другому полностью о них рассказывали. Здесь уместно упомянуть об одном случае, когда налаженный контакт между больной и врачом внезапно прервался по вине врача.

Женщина 42 лет с проявлениями климактерических расстройств и основными жалобами на «приливы крови к лицу», потливость, сердцебиения и «обмирания сердца», плохой сон, несколько раз посетила невропатолога, несомненно знающего специалиста и обычно налаживающего контакт с больными. Последний раз она пришла к нему с теми же жалобами и услышала в ответ, что у нее никакого заболевания нет, а ее ощущения — это результат возрастного увядания организма. К этому врачу больная уже не обращалась и нашла облегчение, когда обратилась к другому врачу, не проявившему такой бестактности.

Особенности данной неудачи заключались в том, что первый врач начисто отверг болезненное состояние у этой, повышенно ранимой, обидчивой и угнетенной женщины, а ведь она действительно испытывала ряд неприятных патологических ощущений, и врач некоторое время лечил ее. Подчеркивание возрастного увядания явно было неприятным и травмирующим фактором. Правда, бывают случаи, когда даже резкое об-

ращение авторитетного врача с больными оказывает психотерапевтическое действие. Вспоминается эпизод, случившийся на приеме у очень авторитетного ученого-врача, А. И. Ющенко, обладавшего талантливой особенностью быстро и доверительно располагать к себе больных.

К нему на консультацию пришел чрезвычайно мнительный больной — мужчина средних лет. Он страшился ходить без провожатых, не пользовался никакими видами транспорта, боясь внезапно умереть. Рука его была постоянно у сердца, он оберегал себя от всего, что считал «вредным» для «здоровья и деятельности сердца». Считал и записывал «частоту» пульсовых ударов, ночью спал тревожно и прерывисто из-за страха «заснуть и не проснуться». Многократные посещения врачей, главным образом терапевтов и невропатологов, и заверения их, что сердце у него здоровое, облегчения ему не приносили, и он все более и более погружался в болезнь. Внимательно выслушав, просмотрев многочисленные рецепты и тщательно осмотрев больного, ученый уверил его, что сердце у него совершенно здорово и ни в каком лечении он не нуждается. Больной то уходил, то снова возвращался с различными вопросами по поводу своего здоровья, мешая дальнейшей консультации других больных. Тогда при очередном появлении больного у дверей кабинета, учитывая личность его и безуспешность разъяснительной и убеждающей формы психотерапевтического воздействия, А. И. Ющенко императивно сказал ему: «Вам здесь не место, я лечу больных, а не здоровых, уходите». Прошло довольно продолжительное время, и в очередной день консультации в кабинет вбежал знакомый мужчина, радостный и оживленный. Он сообщил, что уже здоров и освободился от страха смерти. «Когда вы, профессор, почти выгнали меня, я понял, что вы никогда не поступили бы так, если бы я был по настоящему болен. Ваши слова вылечили меня!»

Этот пример приведен не для одобрения вообще резких ответов больному. Но в данном случае разрешил себе такую врачебную тактику крупнейший клиницист и ученый, снискавший особый авторитет среди больных, и она оказалась психологически оправданной именно в этом конкретном случае. Следует подчеркнуть, что большинство больных с кардиофобическим синдромом в такой степени уходят в болезнь, что каждый случай требует многостороннего анализа и продуманной гибкой тактики.

И. Харди (1972), говоря о психологии обращения с больными, считает, что отношение между больным и врачом, контакт между ними служит основой любой лечебной деятельности. При этом он отводит особое

место чувству страха и тревоги, наблюдающемуся при соматическом и психическом заболевании. Автор говорит о том, что переживания страха могут оказывать общее затормаживающее воздействие, сужающее до того критичное, ясное мышление больного. Сильное переживание страха влияет на личность в целом, и вместо более высокого уровня развития, характеризующего личность до болезни, здесь возникают более примитивные ее реакции.

Такого рода наблюдения имеются у каждого врача. Особенно ярко выявляется чувство страха и тревожного ожидания у больных в предоперационном периоде, когда эмоциональное напряжение достигает кульминации. Н. Н. Петров (1956), отмечая сложность и многогранность профессии врача-хирурга, указывает, что больной, готовясь к операции, должен быть поставлен в оптимальные условия. Он сам накануне операционного дня приезжал в клинику и беседовал с больным, чтобы тот обрел полную уверенность в благополучном исходе и спал эту ночь. Утром он требовал от всего персонала четкой и слаженной организации труда и минимального времени ожидания операции, так как это время наиболее мучительно переживается большинством больных.

Хирург-уролог В. И. Русаков отмечает, что болезни мочевых и половых органов приносят большие волнения. Нередко больные обращаются к врачу не сразу из-за стыдливости и страха исследований, манипуляций. В практике акушеров-гинекологов нередко наблюдаются страхи у больных, волнующихся по поводу предстоящих оперативных вмешательств. Особенно часто здесь встречаются канцерофобии, искаженные трактовки заболевания, его осложнений и проч. Беременные и роженицы волнуются по поводу исхода родов. И от поведения врача, внушающего веру в благоприятный исход, зависят состояние, настроение и поведение большинства пациентов.

Реакции человека на болезнь многообразны, в большинстве случаев зависят от преморбидных особенностей личности заболевшего и его окружения. Поэтому, собирая анамнез и составив представление об особенностях эмоционального реагирования больного, врач должен учитывать все эти обстоятельства при общении с ним. При достаточном внимании можно

установить, даже не располагая специальными знаниями в области психологии и психопатологии, преобладание тревожно-мнительных, ипохондрических, депрессивных, астенических и других особенностей характера и реакций на болезнь.

Тревожно-мнительные, ипохондричные люди, склонные к астеническим или депрессивным реакциям, а также лица, которым свойственна повышенная внушаемость и проч., нередко впадают в состояние безысходности, индуцируя других больных и своих близких. Депрессивный синдром наблюдается у многих соматических больных, при инфаркте миокарда, гепатохолециститах, язвенной болезни, бронхиальной астме, эндокринных заболеваниях, а также при неврозах и неврозоподобных состояниях. Больные гипертонической болезнью, атеросклеротическими расстройствами и многие другие продуцируют тревогу, страхи, тоску. Погруженные в тоску и обуреваемые тревожными мыслями о неизлечимости болезни, о своей неполноценности в будущем и обременительности для близких, о потере работоспособности и т. д., некоторые больные иногда ищут неправомерный выход в том, чтобы оборвать свою жизнь.

Как известно, тоскливость достигает своего апогея в предрассветные часы. В период наиболее обостренного депрессивного состояния больные часто делятся своими переживаниями и мыслями с врачом. Опираясь на свой клинический и жизненный опыт, врач своевременно предпримет лечебно-профилактические меры для предупреждения патологического стремления больных. Однако бывает и другое, когда депрессивные больные, особенно при двигательной расторможенности, скрывают (диссимулируют) свое истинное состояние, свои тягостные мысли. Бывает, к сожалению, и так, когда вследствие своей занятости врач не выслушивает внимательно жалобы больного или недостаточно вникает в их смысл, или же индуцируется внешним относительным «благополучием» поведения больного, и тогда прерывается тонкая нить продуктивной и доверительной связи и упускается возможность предупреждения непоправимого.

Единичные случаи такого рода бывают в терапевтических, хирургических, акушерско-гинекологических и

несколько чаще в психиатрических стационарах. Нам особенно запомнился один печальный случай.

Речь идет о молодом человеке, 24 лет, поступившем в психиатрическую больницу с жалобами на тоску, мысли о ненужности своего существования, утрату прежних интересов и желаний. Заболел впервые после переутомления и недосыпания. Контакт с лечащим врачом был удовлетворительный, хотя и наблюдались у больного элементы заторможенности. Под влиянием активного лечения больной начал поправляться и стал настойчиво просить о выписке из больницы. На этом настаивали и его близкие родственники. Однако врач, опытный психиатр, отказывался удовлетворить их просьбу. Врача тревожили: мимика больного, выражение глаз, потеря откровенного контакта с ним, назойливое настаивание на выходе из больницы и многие другие детали поведения, знакомые клиницисту как признаки еще не совсем разрешенной болезни, о чем он и сообщил родственникам больного. Однако упорные требования выписки с обещанием установить надлежащее неусыпное наблюдение за больным (один из родственников был врач-терапевт, знакомый с уходом за психически больными) сыграли свою печальную роль. Приехав домой, больной вскоре бросился с 5-го этажа в пролет лестницы.

Предвидение, основанное на знании клиники, и профилактика возможных опасных действий, направленных на себя или на других лиц у бредовых больных, являются особенностью работы психиатра. Он не может и не должен ошибаться, когда решает вопрос о госпитализации в психиатрический стационар больного. Тем более нельзя ошибаться и спешить с выпиской недолеченных и диссимулирующих заболевание, несмотря на требование больного и согласие родственников совершить этот неразумный поступок. Но и врачи других специальностей могут встретиться с психически больными и потому также должны быть бдительными. Вообще и распознавание, и лечение во многих случаях представляют большие трудности.

В последние годы в психиатрических стационарах и в ряде соматических больниц практикуются кратковременные, пробные отпуски больного в домашние условия в целях постепенной его адаптации к условиям внебольничной жизни. Это вполне целесообразно в отношении больных с упорядоченным поведением, когда врач убежден, что домашняя обстановка, с оживлением привычных для больного положительных раздражителей, окажет благотворное влияние на процесс выздоровления.

Особого рассмотрения заслуживают вопросы о предсмертном состоянии больного, о поведении врача с умирающим, о тактике врача в отношении родственников умирающего.

В большинстве стран принято, что факт смерти человека устанавливает квалифицированный врач. В настоящее время показателем смерти считается не одно прекращение работы сердца, а необратимое прекращение мозговой деятельности («ровная», «изоэлектрическая», «линейная» электроэнцефалограмма). Существует проблема «права на смерть», когда больной с фатальным заболеванием решает покончить с жизнью (онкологический больной с множественными метастазами, больной, страдающий от увечья, боли). Врач ни при каких обстоятельствах не волен распоряжаться чужой жизнью.

В ряде работ, посвященных критическому анализу проблемы безболезненной смерти, обсуждаются эти вопросы и говорится, что врач должен либо пытаться поддержать любой ценой и против желания больного его существование, или же не мешать естественному ходу событий[1]. Этот вопрос, однако, остается дискутабельным.

Мы обсуждали его с рядом ведущих терапевтов, хирургов, онкологов, высказывавшихся в основном в плоскости таких же решений, зависящих от состояния агонирующего больного.

В этом же контексте возникает вопрос о поведении врача у постели умирающего больного. Следует ли сообщать ему о тяжести его состояния и приближающейся смерти? По этому вопросу существуют различные взгляды. По мнению профессора богословия Healy[2], больной должен знать о скорой кончине, чтобы по религиозному обычаю приготовиться к переходу в другой мир. А. Ф. Кони (1928) рекомендовал предупреждать человека об опасном состоянии или грозящей ему смерти, чтобы дать ему возможность позаботиться о завещании, не отнимая, вместе с тем, у него надежды. Иначе решают эту проблему выдающиеся медики прош-

---

[1] Проблемы здравоохранения и права человека. — «Хроника ВОЗ», 1977, № 1, с. 12.

[2] Цит. по Чеботаревой Э. П. Врачебная этика. М., 1970, с.78.

лого и настоящего времени. Гиппократ[1] считал необходимым сохранять в тайне от больного сведения о тяжести его состояния, не сообщать ему «того, что наступит или наступило». С. П. Боткин не советовал говорить тяжелобольному и умирающему об истинном его положении, рассматривая этот обман как «святую ложь». Такой же точки зрения придерживался и Н. Н. Петров.

Конечно, в отдельных случаях в зависимости от свойств личности больного и особых обстоятельств может конкретно решаться вопрос о допустимой степени его осведомленности о состоянии его здоровья. Но, как правило, надо остерегаться сообщать ему об угрозе его жизни. Известно, что при такой угрозе больные (в том числе и больные врачи) обычно стремятся узнать не столько правду об их состоянии, сколько услышать благоприятную его оценку и утешающий прогноз. И в этом нельзя им отказать.

В США недавно была опубликована монография одного из американских психиатров — «О смерти и умирании» (Kuller-Ross). Книга пользуется большим спросом и переведена на многие языки. Автором проводились «интервью» с умирающими для выяснения положительных и отрицательных сторон в лечении и обслуживании больных и оказании им помощи в зависимости от их пожеланий. Преобладали тяжелые раковые больные, умершие в сроки от 12 ч до нескольких месяцев после проведения интервью. В книге описывается 5 фаз, психологически раскрывающих отношение больного к своему безнадежному положению: 1-я — отрицание тяжести своего состояния, 2-я — негодование по поводу своих страданий, 3-я — фаза — стремление всякими путями вытеснить мысль о смерти и уйти от «неизбежного», 4-я — больные теряют надежду и впадают в депрессию, 5-я фаза — происходит перестройка отношения к неизбежному и примирение с ним. Подчеркивается, что в каждой фазе больные еще сохраняют какую-то надежду на благоприятный исход болезни и беседы с ними оказывали очень благоприятное психотерапевтическое воздействие. Между тем в большинстве случаев такого рода больным

---

[1] **Гиппократ.** Избранные книги. М., 1936, с. 114, 115.

дают лекарства, назначают самые разнообразные манипуляции, но не разговаривают с ними. Больные не произносят слов «смерть», «умирание»; они их избегают, боятся, надеются и ждут опровержений (С. Г. Моисеев, 1973).

Помня о тяжелом больном и помогая ему до последней минуты жизни, врач не должен забывать и о его близких, остро и глубоко переживающих свое горе. И здесь огромное значение имеет эмоциональная тонкость сопереживающего врача, умеющего объяснить и психологически подготовить родственников, утешить, морально поддержать своим участием, а также при необходимости — оказать своевременную медицинскую помощь.

Врачебная профессия утверждает самое большое и прекрасное на земле — жизнь, и в этом состоит основное призвание врача. Хорошо сказал о призвании врача выдающийся ученый и клиницист И. А. Кассирский в своем обращении к врачебной молодежи, напечатанном в новогоднем (1969 г.) номере «Медицинской газеты». Он писал: «...Человек, вступивший на путь врача, должен быть носителем высоких морально-этических качеств. Молодому врачу приходится держать в жизни два основных экзамена: испытание успехом и испытание неудачей. Первый грозит самообольщением, второй — капитуляцией духа. Стойкость перед лицом этих испытаний зависит от личности врача, его идейных принципов, убеждений и нравственных идеалов. Ведь важно не только искусство распознавания и лечения болезней, но и умение проникать в душевный мир больного. В этом и выражается истинный гуманизм врача».

Эти слова виднейшего клинициста, отдавшего неустанному врачебному труду более 50 лет своей жизни, могут служить заветом каждому молодому и зрелому врачу.

БОЛЬНОЙ И ВРАЧ

Международная классификация болезней, травм и причин смерти в настоящее время насчитывает 999 различных форм, с которыми обычно имеют дело

врачи[1]. Существует более 175 врачебных специальностей. Большая армия врачей, обладающая разносторонними знаниями, вооруженная сложнейшей современной аппаратурой, новыми лекарственными препаратами и различными способами и методами лечения, принимает все меры для восстановления здоровья заболевшего человека.

Хорошо известно, какой благодарностью людей и уважением окружен труд врача. Об этом свидетельствуют многочисленные публикации в газетах, теплые письма благодарностей от бывших пациентов в адрес врачебных коллективов, отдельных врачей, письма в органы здравоохранения и т. д. Что же определяет отношение больного к врачу? Каковы критерии оценки больным врача вообще и того конкретного, лечащего врача, к помощи которого он прибегает во время своего заболевания?

Больной со своими соматическими недомоганиями, лишившими его радостей жизни, пришел в поликлинику. Не всегда он точно знает, к какой врачебной специальности относится его заболевание, но ориентировочно считает, что оно подлежит компетенции терапевта. Из регистратуры его амбулаторная карточка направлена по назначению, и больной уже у дверей врача среди других людей, ожидающих приема. Здесь разные больные: первичные, и искушенные «старожилы», и «эрудиты» в познании симптомов различных заболеваний.

Хотя основным правилом во многих лечебных учреждениях является запрещение больным обсуждать и вести разговор между собой на темы о болезнях и оценивать диагностическую важность тех или иных признаков заболевания во избежание ятрогений, запрет этот почти всегда нарушается. Больной, впервые пришедший на прием к врачу (если даже этот больной не очень мнительный), иногда здесь, в ожидании приема, может получить от окружающих обывательскую и вредную информацию о своей болезни и порой о врачах, вследствие чего его психологическая настроенность на реальную помощь, на избавле-

---

[1] Цит. по кн.: Критический анализ некоторых теорий и концепций в медицине буржуазных стран. М., 1972, с. 26.

ние от болезни значительно снижается и начинает таять. Желание, граничащее с потребностью поделиться своими болезненными ощущениями с окружающими, сравнить их с похожими на свои у других больных, ожидающих приема, и получить уже некоторую психологическую разрядку—естественное стремление не только «новичков», но и «стажированных» больных. Особенно часто такие вредные и дезориентирующие обсуждения больными практикуются у дверей приемных кабинетов терапевтов, хирургов, гинекологов, невропатологов, реже у врачей других специальностей. Несколько в ином плане происходит обсуждение и среди встревоженных родителей в лечебных учреждениях педиатрического профиля по поводу заболевания детей.

Даже у кабинетов сексопатологов, где ищут помощи люди, страдающие различными половыми расстройствами, где, казалось бы, сугубая интимность переживаний не подлежит обсуждению с посторонними лицами, отдельные больные не удерживаются от бесед на эту тему со случайными людьми.

На всех таких «дискуссиях» затрагиваются темы, не только касающиеся характера различных заболеваний, но и даются пространные рекомендации «знатоками» новейших средств, особенно патентованных и заграничных. Здесь нередко преподносятся и характеристики — профессиональные и личностные — врачам. Здесь нередко даются советы обратиться к такому-то врачу, который, «безусловно, поможет», к врачу-гомеопату или даже к «деду» или «бабке» (иной раз с точным их адресом), «которые помогли, а врачи отказались». А сколько раз приходилось после этого врачам выслушивать настойчивые просьбы больных выписать им определенный препарат или лекарство, о могучей силе которых они слышали или где-то читали. Фетишизируя их как панацею от всех болезней, больные нередко бывают недовольны отказом и разъяснением врачей о противопоказаниях данного препарата при данной болезни. Психологически такой отказ далеко не всегда правильно преломляется в сознании больных.

Часто врачу приходится направлять больного на консультацию к другим специалистам различного про-

филя и нередко на основное лечение у них. В таких случаях у некоторых больных, подобно чуткому барометру, колеблется настроение, возникают различные тревожные мысли и догадки, создаются не всегда справедливые или совсем не оправданные обывательские оценки личности врача и сомнения в его профессиональных качествах.

Психология больного человека в ряде случаев своеобразна, и многие обстоятельства могут оцениваться им односторонне. Сама больничная или поликлиническая обстановка, особенности тона, пантомимы, жестов, слов врача порождают то надежду, то вызывают беспокойство. Разъяснит ли лечащий врач необходимость, например, с профилактической целью консультации у онколога или сухо и молча направит к нему своего больного — по-разному это отражается в сознании больного. Чаще всего возникают опасения, а иногда и убеждение в злокачественности заболевания. Больные всегда очень чутко реагируют и тонко воспринимают не только советы, но манеру врачебного осмотра и выражение лица врача, его реплики и неопределенные ответы на вопросы или же пугающее его молчание. Они почти безошибочно различают теплоту и сердечность контакта или сухие формально-официальные опросы, затормаживающие откровенность. Насколько бывают иногда насторожены и даже обидчивы больные, иллюстрирует хотя бы следующий курьезный случай.

Врачебная практика выработала некоторые неписаные правила, например при выдаче больным направления на консультацию к другому специалисту. С целью предупреждения возможной психической травматизации больных многие врачи не пишут полностью диагноза болезни, которая имеется или подозревается у данного больного, а вписывают ее сокращенное обозначение по-латыни или обозначают фамилией автора, впервые описавшего данную нозологическую форму. Так поступил и врач, исследовавший больную А. Вместо указания на предполагаемый диагноз истерии он поставил в направлении к консультанту первые две буквы в латинской транскрипции этой болезни — «Hy», снабдив их вопросительным знаком. Поняв это как русское слово «ну», больная

долго не могла успокоиться; она плакала, обвиняла направившего ее врача в невежестве, грубости, в том, что он принял ее не за больную, а за симулянтку и в своем написании дал понять, что у нее нет болезни — мол «ну и болезнь?» Между прочим, принятые врачами ухищрения в обозначении диагноза в настоящее время легко расшифровываются большинством больных, являясь секретом Полишинеля.

Какие же качества, помимо, конечно, профессиональной грамотности, ищут и положительно ценят больные у врачей? Что заставляет их обращаться только к «своему доктору», верить в его авторитет? Оценивающие критерии довольно однообразно повторяются — это внимательность, сердечность, душевная чуткость и теплота понимающего больных человека-специалиста. В этом отношении представляет интерес сообщение Н. В. Эльштейна. Больным поликлиник в городах Таллине, Актюбинске и Тамбове были розданы анкеты, заполнявшиеся анонимно. По данным 2200 анкет, 93% опрошенных отзывались об участковых терапевтах положительно, причем большинство из них (60%) особо подчеркивали внимательность и сердечность врачей. В то же время ряд больных, давших отрицательную оценку участковому терапевту, в 59% мотивировали свое мнение некорректностью и спешкой врачей.

По нашим многолетним наблюдениям, наряду с положительными характеристиками личности врача и его деятельности, встречаются нередко также негативные суждения больных. Они часто касаются, собственно говоря, не конкретно какого-либо специалиста, а определенного вида медицинской помощи, порядка приема и обслуживания больных в лечебном учреждении. При этом косвенно (иногда справедливо, но часто с аффективной предвзятостью) негативные суждения и умозаключения переносятся на врачей. Относится это в основном к таким видам медицинских служб, как скорая помощь и районное обслуживание поликлиническими врачами по вызовам. Длительные попытки связаться по телефону с регистратурой, дальнейшее томительное нетерпеливое ожидание врача создавали у больных и их близких эмоциональное напряжение и тревогу. И хотя затем после прихода

врача и его назначений все заканчивалось для здоровья больного благополучно, все же еще продолжительное время у него доминировали отрицательные впечатления, касающиеся не только самого порядка и темпа обслуживания больных, но и субъективных выводов о деятельности ряда врачей.

Неблагопрятные отзывы больных можно услышать и по поводу спешки, невнимательности и формализма некоторых медиков в поликлиниках и приемных отделениях больниц, где нередко дежурные врачи сосредоточивают в одной комнате большое количество больных и т. п. Наряду со случаями обоснованных жалоб пациентов на врачей, негативные оценки больными деятельности и личности врачей иногда связаны во многом с недостаточным пониманием возможностей современной медицинской науки и с недооценкой большой сложности врачебного труда.

Расстройства деятельности внутренних органов, не связанные с определенным органическим процессом, встречаются достаточно часто, и больные первоначально, естественно, обращаются к терапевту, хирургу, гинекологу и другим специалистам. В большинстве случаев это больные неврастенией. Как известно, неврастения отличается пестрой симптоматикой: эмоциональные расстройства здесь тесно переплетаются с вегетативными и висцерально-соматическими. Находясь на стыке соматической медицины и психоневрологии, неврастения представляет собой проблему общемедицинского значения.

Благодаря выраженному соматическому аккомпанементу больные неврастенией обращаются к врачам самых различных специальностей, и нередко их заболевание неправильно диагностируется. В значительной мере это зависит от того, что врачи соматического профиля свое внимание главным образом сосредоточивают на выявлении и лечении определенного органа или системы. Поэтому реакция личности на эмоциональный стресс, мотивы переживаний, поступки и поведение, характер декомпенсаций на отдельных этапах болезни иной раз остаются невыясненными, а невротическое заболевание трактуется как соматическое. Поскольку неврастения довольно часто дебютирует многочисленными соматическими жалобами, различ-

ные ее клинические варианты, протекающие с формированием вегето-диэнцефальных, ипохондрических, астено-депрессивных и т. п. синдромов, поэтому нередко ошибочно трактуются как синдромы соматогенного характера.

Мы изучали распространенность неврастении в 7 районах г. Харькова. Взрослое население этих районов представлено самыми разнообразными профессиями. В этих районах в 1974 году было учтено 513 больных неврастенией (373 женщины и 140 мужчин) от 18 до 70 лет. 253 — заболели в возрасте от 31 до 45 лет, т. е. в периоде наибольшей производительности. Из 513 больных к психиатрам и невропатологам обратились только 339 и лишь через 3 года от начала заболевания.

При анализе этих данных было установлено, что в генезе заболевания играли роль достаточно сложные и разнообразные жизненные коллизии, влияющие на ритм жизни этих людей, их взаимоотношения с окружающими, самочувствие, настроение, работоспособность.

Среди больных неврастенией более молодого возраста преобладали психотравмы различного характера: бытовые, семейные, болезнь близких, неустроенность личной жизни, неприятности на работе, ущемление самолюбия, падение престижа в разных ситуациях, а также эмоциональные реакции на свое неблагополучное соматическое состояние. После 40 лет становились особенно значимыми переживания соматического дискомфорта, и преобладали реакции на болезненные ощущения в теле, эпизодически беспокоил страх смерти. В более позднем возрасте звучали психогении, связанные с ассоциациями болезни и смерти, или актуализировались переживания отдаленного прошлого, всплывали старые обиды и огорчения. Ярко и свежо восстанавливались в памяти отдельные эпизоды и события, становившиеся в дальнейшем источником все новых волнений, конфликтов и построения невротических симптомов. У больных в возрасте 50—60 лет и старше выявлялась особая роль множественного влияния следующих друг за другом переживаний, затрагивающих разные стороны системы отношений личности или же суммирующиеся психо-

гении, связанные с болезнями и потерей близких людей. Здесь психотравмирующее влияние оказывали и выход на пенсию с изменениями в связи с этим обжитого уклада жизни, потеря привычных социально-психологических возможностей, лидерства, прежнего авторитета, мысли о прогрессирующей старости, немощности, все чаще испытываемое чувство одиночества, своеобразной «изоляции», ненужности дальнейшей жизни. Некоторые больные даже прекращали переписку со своими давнишними друзьями, сверстниками из-за страха получить сообщение об их смерти, а каждый новый некролог в газете оказывал на них психотравмирующее влияние.

Наряду с этим менее волнующими становились даже неблагоприятно сложившиеся служебные ситуации у работающих стариков. Такая психологическая переоценка ценностей при неврастении и других невротических расстройствах в позднем возрасте должна учитываться врачами любого профиля, а тем более невропатологами и психиатрами (Е. С. Авербух, М. Э. Телешевская, 1976).

Т. А. Истаманова и А. Крейндлер отмечали соматические реакции в качестве проявлений тревожного состояния (тахикардия, изменения дыхания и т. д.). Наши наблюдения показали ведущую роль аффекта страха, тревоги, состояний эмоционального напряжения, ожидания или же неожиданных аффектогенных воздействий в экстремальной ситуации (авария, пожар, катастрофа и проч.). Наиболее декомпенсирующее влияние оказывает страх смерти, возникающий ситуационно (смерть на глазах у данного лица близкого человека, переживание внезапного страха при неожиданном обнаружении в доме повесившегося, умершего, страх при наблюдении страданий близких, знакомых, при болезненных ощущениях, обусловленных инфарктом, стенокардией, вегето-диэнцефальной атакой, внезапным вызовом скорой помощи и т. д.). Помимо этого, страхи возникают при ситуациях, связанных с встречами с тяжелыми соматическими или психическими больными, необходимости ухода за ними, при участии в обряде похорон, пребывании в комнате умершего, при напряженном ожидании исхода оперативных вмешательств и т. д. Не столь уж редко

ятрогенное действие оказывают недостаточно продуманные лекции и беседы для населения по различным медицинским вопросам. К этому можно добавить рекламирование в газетах и журналах немедицинского профиля различных лекарственных препаратов с подробным перечислением их действия при разных заболеваниях. Это нередко вызывает погоню больных за «новейшими средствами», самолечение, при котором могут возникнуть и довольно неприятные осложнения. «Хроника ВОЗ» справедливо отмечает, что реклама средств, предохраняющих от выпадения волос, для похудания, от запора, половой импотенции и т. п., всегда будет вызывать отклик у множества излишне доверчивых людей.

В капиталистических странах процветает рекламный «бизнес» на лекарства.

В США каждый 7-й житель принимает какой-либо транквилизатор или же «таблетки счастья», вызывающие эйфорию, а их выпускают более 13 миллиардов в год. Психофармакотерапия превратилась в массовый вид терапии. С 1955 по 1970 год нейролептиками лечилось 150 миллионов человек. В связи с этим происходит лекарственный патоморфоз болезней со стойкими изменениями у больных самочувствия и настроения. В литературе теперь можно встретить предостережения, в частности, психиатров с требованием осторожного применения антидепрессантов, вызывающих ряд осложнений.

Фирмой У. Моррел и К° был выпущен препарат «СЕР/29», который широко рекламировался как великолепное средство против атеросклероза, как «медикамент столетия», «чудо-лекарство» и т. п. Оказалось же, что он пагубно отражается на здоровье: вызывает выпадение волос, кожные заболевания, катаракту и прочие. После того как им пользовались более 300 тысяч человек, он был целиком изъят из продажи.

Предметами массовых увлечений у нас были — прополис, корень валерианы и женьшеня, настойка пиона, многие психотропные препараты и т. д. Проводили специальные «курсы» лечения весьма большим количеством свеклы, лимонов, молока, лука, чеснока, петрушки. Увлекались чрезмерно бегом рысцой, лечением голоданием, содовыми ваннами и др.

Социологические исследования, проведенные в ГДР, показали, что наиболее частой причиной конфликтов пациента с врачами служит требование больного выписать определенное лекарство.

В последние годы у нас и за рубежом довольно широкое распространение приобрело самолечение. Многие, так сказать, «искушенные» в медицине больные дают самые разнообразные советы, рекомендуя средства от бессонницы и головной боли, от заболевания почек и печени, от похудания или, наоборот, ожирения, от выпадения волос и даже от половой слабости. Врачам приходится нередко сталкиваться с печальными последствиями такого «самолечения». Однако в большинстве случаев проходят мимо этих явлений, не придавая им должного значения. Между тем неумеренное или неправильное пользование отдельными лекарственными веществами, особенно при наличии других факторов, нередко может вызвать «лекарственную болезнь», приводит иногда даже к анафилактическому шоку, вызывает ангионевротические отеки, сывороточную болезнь с высокой температурой и уртикарными высыпаниями, артропатии, гиперэозинофилию, диэнцефальные атаки, диэнцефаловисцеропатии, аллергические диэнцефалиты, сопровождающиеся ипохондрическими фиксациями и др.

Врачи всех специальностей, назначая лекарства, должны предостерегать больных от злоупотребления ими. В других же случаях требуются разъяснения о необходимости принимать назначаемые врачом лекарства, когда у больных сформировался страх к их приему.

Большинство людей порой недовольны медициной не потому, что она «несостоятельна», а потому, что она «не всесильна». Хотя современная медицина представляет собой наиболее сложную и многогранную область наук, она критикуется, пожалуй, больше, нежели любая другая область знаний. Нередко дилетанты независимо от их образования и профессии считают для себя возможным давать «мудрые» медицинские советы: чем лечить различные расстройства сна, тревожное настроение, головную боль, заболевания сердца, желудка или печени, гипертоническую болезнь, атеросклероз и т. д. «Восполнив» свою

эрудицию разными путями, некоторые больные при отсутствии улучшения начинают предвзято оценивать лечащего врача и его назначения, отказываться от приема прописанных им лекарств («Не буду принимать — это «химия», можно слышать их аргументы). В тех случаях, когда процесс улучшения происходит медленно, может формироваться негативное отношение к лечению, теряется вера в его эффективность. Таким путем создается психологическая ситуация, которая используется ловкими знахарями, ворожеями, «бабками», располагающими «опытом» в области «народной медицины» и «оккультных наук».

А. В. Снежневский в своем предисловии к сборнику, посвященному вопросам медицинского оккультизма (1971), подчеркивает, что даже в просвещенном XX веке — веке космических полетов, суеверие, оккультное мышление и знахарство еще не умерли, а только приспособились к новым условиям.

В ряде стран и теперь процветают медицинские астрологи, издания которых расхватываются суеверными людьми. В них указываются дни, месяцы и даже часы, когда следует осуществлять оперативные вмешательства, принимать различные лекарства, рожать детей и т. п. В 1961 году в Риме основан профессиональный союз ясновидцев. Существует и «курсирует» по рукам «колдовская библия». В Париже издается более 10 астрологических журналов. Многие тысячи человек посещают факиров, гадальщиц, магов и ясновидцев. Во Франции тратится на эти «нужды» 34 миллиона франков в год. В США издается около 20 астрологических журналов с тиражом в 500 тысяч экземпляров; насчитываются десятки тысяч шарлатанов — «радио-эстезистов, хиропрактиков, натуропатов». Знахари пользуются здесь широкой популярностью, хотя ежегодно после их «врачевания» умирает сто тысяч человек. В ФРГ работает около 10 тысяч заклинателей. Не приходится уже говорить об отсталых странах. Там еще встречаются кликушество, ворожба с верой в амулеты, волшебные чудеса, целительные пещеры, чудодейственные воды и источники. У ряда племен Австралии, Африки, Южной Америки и в настоящее время существуют магические «врачевальные» обряды, представляющие ритмические танцы с

боем особых барабанов, звуками дудок, стуком палок, однообразным пением и т. д. Во время этих обрядов и осуществляется «исцеление» больного.

В. М. Бехтерев в свое время писал, что секрет целительного внушения был давно известен многим лицам из простого народа, в среде которого он передавался из уст в уста в течение веков под видом знахарства, колдовства, заговоров. Наряду с внушением нередко здесь действует и самовнушение. Так, известно, что Ферраус излечивал лихорадку при помощи бумажки, на которой были начертаны два слова: «Против лихорадки», и больной должен был каждый день отрывать по одной букве. Известны случаи «целебного» действия «хлебных пилюль», «святой воды», измельченной скорлупы раков и т. п.

«Глазное прорицание» насчитывает 3 тысячи лет. У многих нецивилизованных народов глаза считаются местом возникновения болезни. В частности, существовало предположение, что «болезнь входит в тело через половые органы, а выходит через глаза, оставляя в них серые пятна». Поэтому еще сто лет тому назад цвету глаз придавали диагностическое и патогенетическое значение. Многие при этом обращали особое внимание на варианты окраски и структуры радужки, считая их отражением души и тела (микрокосмос).

Известный психиатр Груле писал о том, что ученые могут стать «легкой добычей» мошенников, в особенности когда они являются узкими специалистами. «Стоит только поверить шарлатану на мизинец, как он превращается в локомотив, тянущий за собой целый товарный состав суеверий и надувательств».

Наиболее «образованными целителями» употребляются различные наукообразные термины, чтобы произвести сильное впечатление, в особенности на более примитивные личности, находящиеся во власти страха, беспокойства: например, линию, проведенную графитом, называют «потоком графитной эманации», говорят об «излучении крови», «контакте крови» и т. д. «Для новой истины — нет ничего вреднее старого заблуждения», — писал Гете.

Тяготение некоторых людей к «чудесам» и таинственным явлениям, вера в чудодейственные амулеты и снадобья, в «заклинателей», «заговорителей» в неболь-

шом объеме имеет еще место и в нашей стране. Так, в 1968 году появился в Советском Союзе магический пояс, «спасавший от всех болезней». Было распродано 12 тысяч таких поясов. Это особенно парадоксально и нелепо в наш век, когда каждый год приносит огромные достижения в области физики, химии, биологии, математики, техники, медицины и т. д. Тем не менее некоторые больные обращаются за помощью не в медицинские учреждения, а к «бабкам», знахарям, ясновидцам и «заклинателям». Бывает и так, что больные утверждают, что их «исцелили» эти доморощенные специалисты, и создают им «славу» и популярность.

В больницах и поликлиниках встречаются больные, побывавшие в руках «чудо-исцелителей». Многие из них попадают сюда часто уже в таком состоянии, когда даже длительное активное лечение оказывается уже малоэффективным. Развиваются осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы, печени, желудка и других органов после приема «эликсиров», настоев муравьев, пчел и прочих «ингредиентов».

Плохо поддаются лечению после манипуляций «бабок» и доморощенных гипнотизеров не только органические заболевания, но и неврозы и реактивные состояния с массивными нейро-соматическими расстройствами, бессонницей, навязчивыми страхами, ипохондрическими расстройствами и т. п. В повседневной практике встречается еще немало таких больных (в особенности из сельской местности), побывавших у знахарей «разных категорий». В большинстве случаев скрываются их имена, адреса, и больные стыдятся, что попались в руки шарлатанов.

Советский закон не допускает применения вредных знахарских методов и форм лечения, и врач не может оставаться в стороне от всего того, что пагубно влияет на здоровье человека, на его психику, его поведение, отношение к жизни.

Б. В. Петровский в своем заключительном слове на Всесоюзном совещании актива работников здравоохранения в декабре 1976 года напомнил, что у нас еще не искоренено знахарство и в противовес ему «мы должны способствовать развитию всех научных поисковых служб, изысканию новых методов лечения» («Медицинская газета» от 10 декабря 1976 г.).

В чем же сила и живучесть знахарства? Почему же не только в отсталых в культурном отношении странах, но и в современных развитых странах сохраняется у ряда людей тяготение к знахарям, родственное вере в шаманов и колдунов, занимавшихся лечением в древние времена и ныне почитаемых у малоразвитых племен. Причина заключается в том, что знахарство, как и шаманство, опирается на учет психологических особенностей людей, прежде всего внушаемости, усиливающейся при страданиях и особенно под впечатлением слухов об исцелении благодаря диковинным действиям неофициальных лекарей. Если, однако, отвлечься от намеренного шарлатанства и мошенничества, эксплуатирующего эти свойства слабых или ослабленных и суеверных людей, то надо вслед за С. Б. Семичевым[1] и Л. Шертоком[2] и другими объективными исследователями признать, что «секреты» и приемы первобытных лекарей-шарлатанов и колдунов основаны на знании человеческой психологии, которого недостает многим современным врачам.

Между тем элементы первобытной психотерапии, освобожденные от невежественных форм и рационально переработанные, могли бы с успехом использоваться и в современной научно-обоснованной психотерапии. Но чтобы отвоевать больных от влияния знахарства и завоевать их доверие, современный врач любой специальности должен в той или иной мере владеть психотерапевтическим подходом.

Сирийский врач Абуль Фарадаж, живший в XIII веке, обращаясь к больному, говорил: «Нас трое — ты, болезнь и я. Если ты будешь с болезнью, вас будет двое, и я останусь один — вы меня одолеете. Если ты будешь со мной, нас будет двое, болезнь останется одна, мы ее одолеем». Этот разумный совет, дошедший к нам из XIII века, показывает, что в борьбе с болезнью многое зависит от больного, его адекватной оценки болезни и правильного отношения к врачу как к специалисту.

---

[1] **Семичев С. Б.** Элементы групповой психотерапии и психопрофилактики в первобытном обществе. — В кн.: Групповая психотерапия при неврозах и психозах. Л., 1975, с. 113.

[2] **(Chertok L.) Шерток Л.** Психотерапия: искусство или наука? — «Лит. газета», № 47 от 24 ноября 1976 г.

Интересные мысли о болезни, ее влиянии и силе, о врачах мы находим в книге, более 900 лет назад написанной на языке древних тюрков и посвященной «нетленности разума, мудрости и добра». Поэт Юсуф Хас-Хаджиб Баласагунский посвятил следующие яркие и теплые слова врачам (перевод Наума Гребнева) [1]:

Болезнь, что к нам является нередко,
Опасна тем, что смерть ее соседка.
Болезнь, коль ей страдает человек,
Его короткий сокращает век.
Болезнь коварна, но ее коварство
Обезоружат лекарь и лекарство.
Порой приводит полумертвых в чувство
Целителей великое искусство.

Какие требования к врачу обычно предъявляют больные, чтобы тот стал «его доктором», которому он безусловно и всецело доверяет?

На первом плане стоят знания и профессиональное мастерство, и это играет решающую роль в выборе больными врача. Но не только эта сторона личности врача всегда является определяющей. Больных привлекает к врачу его терпеливое и участливое умение расспрашивать и выслушивать их. И дело не только в словах. Искренняя убежденность, эмоциональность, страстность проявляется и в голосе, и жестах. Ж. Лабрюйер писал в «Максимах» о том, что в тоне голоса, в глазах и в выражении лица говорящего имеется не меньше красноречия, чем в самих словах. За время болезни человек настрадался, измучился. Появились сомнения, тревога, касающиеся течения и исхода болезни, и поэтому сердечная, располагающая к полной откровенности беседа, возможность высказаться, выразить свои переживания уже сами по себе приносили некоторое улучшение. «Сказал и облегчил душу», — гласит старая, но удивительно правильная и меткая латинская поговорка. Больной хорошо улавливает и реагирует на то, формально, спеша обследовал его врач или его зоркие глаза, чуткие уши и умелые пальцы тщательно, «по-настоящему» подробно все «исследовали» и «не пропустили ничего» для правильного диагноза. И, на-

---

[1] Наука быть счастливым. М., 1971.

конец, тон, характер ободряющих слов, советов врача,— все эти качества ищет больной у врачей и находит у «своего доктора».

В литературе неоднократно обсуждались и обсуждаются до настоящего времени данные исследований, касающихся вопросов, каких врачей предпочитают больные. Чаще всего полученные данные показывали, что тот или иной конкретный врач наделялся самыми высокими в представлении больного качествами.

Недостатком многих подобных социологических, психологических и других исследований является то обстоятельство, что в заранее разработанной анкете, содержащей многочисленные вопросы, по существу уже имеются готовые схемы ответов, которые подчеркиваются обследуемыми лицами. Мы предпочли свободные высказывания больных.

Больным, находившимся под нашим наблюдением, предлагалось написать, каким, с их точки зрения, должен быть врач и, с другой стороны, какими они представляют обязанности больного. Речь идет о 124 больных разного возраста, мужчинах и женщинах различных профессий, лечившихся по поводу неврозов, циклотимии, патологического климакса с невротическими и неврозоподобными синдромами, артериальной гипотонии или гипертонии с психогенными наслоениями и других. Наряду с этим аналогичное исследование было проведено у 56 больных соматическими и неврологическими заболеваниями — бронхиальная астма, постинфарктные состояния, гипертоническая болезнь, стенокардия, остаточные явления энцефалита, посттравматическая энцефалопатия, посттравматические нарушения опорно-двигательного аппарата, различные аллергические реакции, сахарный диабет, нарушения функции щитовидной железы и другие.

Характер ответов не представлял существенной разницы в обеих группах больных. Вот некоторые из них.

Больной Ф., 43 лет, профессор строительного института (диагноз: неврастения на фоне остаточных явлений арахноидита — диэнцефальный синдром), пишет: «Врач должен обладать следующими качествами: профессиональным мастерством, высоким общекультурным уровнем, знанием современных методов лечения, логикой доказательств неправильных суждений больного, умением эмоционального воздействия, способностью к анализу и обобщениям, к переключению мыслей

больного на определенные темы, к выбору схемы лечения и умением создать у больного уверенность в выздоровлении. Врач при этом располагает рядом средств, которые он должен умело использовать. Это — химические препараты, гомеопатические средства, физиотерапия, гигиенические средства, психотерапевтические методы воздействия.

Больной должен выработать определенный уровень и критерии требований к врачу и к себе, ставить перед собой цели, преодолевая неуверенность, страх, болезненные ощущения, ограничение жизненных возможностей, связанных с болезнью».

Другой больной, В., 53 лет, старший научный сотрудник Института низких температур (диагноз — депрессивный невроз, артериальная гипотония), написал следующее: «Больной жаждет врача доброжелательного, терпеливого, сопереживающего, готового активно и конкретно помочь (новое лекарство, вид лечения или даже освобождение от работы, направление в стационар), а не только формально сочувствующего (Ох! Ах!). Заботливого, искреннего, интересующегося жизнью и обстоятельствами больного, верящего в действенность принимаемых мер (что не исключает сомнений), понимающего настроение и состояние больного, любящего и понимающего шутку, юмор (даже и в свой адрес), друга или хотя бы соратника, авторитетного, решительного». «Врач не должен высказывать жалоб, неудовольствия, грубить («Ходят тут. Когда эти больные кончатся: идут и идут! Сегодня конца не будет» и т. д.)».

Больной же должен безгранично верить, всецело доверять и немножко обожать врача, иметь терпение бесконечное, быть искренним, откровенным, скрупулезно выполнять назначения, рекомендуемые ему, не быть назойливым и верить в успех своего выздоровления.

Больной Б., 54 года, зав. отделом снабжения завода, страдающий бронхиальной астмой и глаукомой. По его мнению, «врач должен быть внимательным, требовательным к себе, аккуратным, приходить на работу в хорошей форме, «не на ходу» убедить больного, что разобрался в его болезни, так как в нем заключено спасение человека. Легкомысленное отношение врача вызывает недоверие. Врач должен расположить к себе, быть уравновешенным и в хорошем настроении».

Больной обязан верить врачу, быть терпеливым и преодолевать мнительность, бороться с болезнью и выполнять указания врача.

Больная С., 40 лет, преподаватель техникума. Она считает, что врач обязательно должен быть «душевным человеком», доверять и верить больному. Недоверие вызывает старый врач, молчаливый, сухой. Врач должен уметь преподнести больному ясное изложение его болезни. Отношения должны быть дружескими, теплыми. Врач должен иметь славу среди больных, быть умным, не рассеивать внимания и не путать, где болит: «слева, справа, рука, нога», как это иногда бывает. Врач должен объяснять, уговаривать, но не приказывать.

Больной должен быть дисциплинированным, не выводить из равновесия врачей, не грубить и не кляузничать».

Аналогичные суждения высказывает М., 49 лет, административный работник, страдающий сахарным диабетом и гипертонической болезнью: «Врач должен быть хорошим психологом и понять характер больного человека. Располагать к себе своим вниманием, подходом, внушить, что любая болезнь преодолима. Он не должен хныкать, а создавать у больного положительные эмоции». «Когда у меня растет сахар, обидно и страшно, а врач успокоит, и я плюю на это».

Больной же должен выполнять советы врача, верить врачу и в победу, изыскивать в себе положительное отношение к жизни, «забывать о болезни, а найти занятия, труд, увлечения. Если больной не доверяет врачу, нужно срочно его менять».

Многие больные неврозами говорили о том, что даже после выздоровления помнят врача.

Больной Б., 26 лет, аспирант (диагноз — ипохондрический невроз). Он написал врачу, которому доверяет, следующее: «Осень... Холодная сырая погода навевает тоску, с утра болит голова, ужасное самочувствие. Войдя в поликлинику, убедился, что большое количество больных с надеждой взирают на двери, где принимает врач-психоневролог. Одни выходят, с благоговением держа в руках рецепты, другие — грустные. Наблюдая за больными, я не заметил, как подошла и моя очередь. Увидел женщину, внешний вид которой расположил меня к ней. Непродолжительная беседа убедила меня в том, что врачу далеко не безразлично мое состояние. Особенно меня поразили глаза врача: необычайно добрые, ласковые, всевидящие. После беседы что-то заставило меня переключить мое внимание на другие дела, улучшило мое настроение, заставило внутренне собраться и успокоиться. Добрый, успокаивающий взгляд врача оказал свое лечебное действие раньше всех лекарств. С грустью подумал о том, что не всем врачам дано такое качество. Всякий раз после посещения этого врача, а также уже за неделю до посещения я ощущал большой прилив энергии, улучшение настроения. Знаю, что увижу человека, которому верю и который может мне помочь».

Одна из больных, находившаяся под нашим наблюдением по поводу реактивной депрессии, страдавшая много лет ревматизмом, перенесшая экстирпацию матки и яичников, консультировалась с врачами различных специальностей. Ее эталон врача включает разные стороны его личности и поэтому представляет значительный интерес.

«От строгости и официальной сухости врача — у меня все стынет внутри, я вся сжимаюсь в комок, и мне не хочется ему говорить. Я уже жалею, что пришла. Может быть, он и

хороший специалист, но контакта не будет. Важно умение врача расположить к себе, но для этого врач должен многое уметь и знать, быть всесторонне образованным, знать жизнь. Тут, видимо, важно знание литературы и искусства и жизни многих больших людей и событий... Это глубоко впечатляет и действует убедительнее и сильнее. Меня привлекают к врачу его человеческие, душевные качества: доброжелательность и доброта в широком смысле, жизнерадостность, привлекательная эмоциональность. В момент встречи — улыбка сразу облегчает душу. Отталкивает и обижает пренебрежительное отношение, когда тебя игнорируют как человека и во время приема разговаривают о посторонних вещах с медсестрой или „заскочившим на минутку" в кабинет коллегой. После этого не хочется отвечать — невнимательное, бездушное отношение отталкивает. Очень отталкивает и обижает „недоверие" к больному. Не хочется лекарство принимать, назначенное таким врачом, и снова идти к нему. Бывает неприятно и когда опытный врач держится свысока, снисходительно, высокомерно. Отталкивает от врача его бесцеремонность, бестактность, особенно остро и часто это бывает на приеме у гинеколога. Как холодит душу и режет слух, когда зачастую не учитывается возраст (молодой врач и больная старше его) и при этом обращение на „ты" с резким выговором больной за невыполненные назначения. Это отталкивает! Врач должен помочь больному разобраться в самом себе, вселить надежду, прогнозировать благополучие. Красивая, правильная речь врача впечатляет, подчеркивает общую высокую внутреннюю и внешнюю его культуру. Нужна приятная и простая задушевность, речь без высокопарности и ненужной терминологии, которой любят козырять некоторые врачи. Важны при этом интонация, дикция. Они могут испортить самую красивую речь или, наоборот, сгладить шероховатости речи. Я считаю, что самые доброжелательные отношения, основанные на взаимоуважении личности больного и врача, дают хорошие плоды».

А. А. Бодалев отмечает, что у каждого человека формируются общие нравственно-эстетические требования к другим людям и создаются более или менее конкретные эталоны, пользуясь которыми, он оценивает окружающих людей.

В. А. Ташлыков (1972) изучал экспериментально-психологическими методами 65 больных неврозами (женщин и мужчин разного возраста), которые характеризовали «эталон» врача в аспекте психотерапевтического контакта с ним. Женщины стремились к «сопереживающему» типу врача, подчеркивая его отзывчивость, чуткость (чаще больные истерией). Для мужчин был более характерен эмоционально-нейтральный тон обращения: серьезность, внимательность, чувство долга (чаще больные неврастенией). Для больных

неврозом навязчивых состояний более характерно требование волевых качеств у врача.

Замечательный писатель-врач В. В. Вересаев писал об авторитете врача: «Веру в себя недостаточно завоевать один раз. Приходится все время завоевывать ее, непрерывно зорко следить за душевным состоянием больного и его окружающих». Он же утверждал, что «врач может обладать замечательным распознавательным талантом, уметь улавливать самые тонкие детали своих назначений — и все это останется бесплодным, если у него нет способности покорять и подчинять себе душу больного» [1]. О том же пишет и французский писатель Андре Моруа: «В медицине нет двух миров: мира лаборатории и мира клиник, мира духа и мира тела. Есть один-единственный мир, в котором происходят бесконечные сложные явления... Сознавая единство человеческого организма, настоящий врач одновременно врачует и отчаянье, и органические нарушения, которые оно порождает».

Образ мудрого врача описан Антуаном де Сент Экзюпери: «Я верю, настанет день, когда неизвестно чем больной человек отдастся в руки физиков... Не спрашивая его ни о чем, эти физики возьмут у него кровь, выведут какие-то постоянные, перемножат их одна на другую. Затем, сверившись с таблицей логарифмов, они вылечат одной единственной пилюлей. И все же, если я заболею, то обращусь к какому-нибудь старику — деревенскому врачу. Он взглянет на меня уголком глаза, пощупает пульс и живот, послушает. Затем кашлянет, раскурив трубку, потрет подбородок и улыбнется мне, чтобы лучше утолить боль. Разумеется, я восхищаюсь наукой, но я восхищаюсь и мудростью».

Вот такими и другими качествами должен, с точки зрения большинства больных, обладать врач, которому человек доверяет самое ценное из всего того, что у него есть — свое здоровье.

Вера в знание и опыт именно данного врача создает уже необходимую положительную психологическую установку у больного, укрепляет его надежду на то, что именно здесь он найдет избавление от страданий.

---

[1] **Вересаев В. В.** Записки врача. — Сочинения, т. 1. М., 1948, с. 583.

Вот почему довольно часто можно слышать просьбы больных о направлении их только к определенному врачу-терапевту, или только к определенному хирургу стремится лечь на операционный стол больной: его знанию, опыту, «умным» рукам он полностью может доверить свое здоровье и жизнь.

Положительная эмоционально-психологическая установка и вера больного в мастерство врача — это уже само по себе значительная помощь врачу самого больного для успешного лечения. В этом отношении важные советы врачам давал М. Я. Мудров. Вот выразительные цитаты из его «Слова о способе учить и учиться медицине»: «Теперь ты испытал болезнь и знаешь больного, но ведай, что и больной тебя испытал и знает, каков ты. Из сего ты заключить можешь, какое нужно терпение, благоразумие и напряжение ума при постели больного, чтобы выиграть всю его доверенность и любовь к себе, а сие для врача всего важнее».

Привязанность к врачу особенно свойственна некоторым больным неврозами и соматическим больным, страдающим невротическими осложнениями. После выздоровления они продолжают с «профилактической» целью посещать «своего доктора» хотя бы для того, чтобы только повидать его, услышать его голос и «получить заряд бодрости» на длительное время.

Бывшая больная Н., адвокат, страдавшая различными мучительными сомнениями в правильности совершаемых ею поступков, нерешительностью и навязчивыми мыслями, после законченного курса психотерапевтического лечения, принесшего ей практическое выздоровление и устойчивую работоспособность, рассказывала своему врачу: «Иногда у меня вновь на короткое время, эпизодически, возникали сомнения и появлялись различные колебания при разрешении простых для меня вопросов. Я тогда шла в поликлинику, и мне достаточно было только увидеть вас, хотя бы издали, чтобы все стало вновь на свое место. Я получала опять уверенность в своих силах, в возможность самостоятельно и правильно решить все самой. К вам на прием я не заходила, зная вашу занятость, да уже в этом не было необходимости».

Существует немало примеров такого благотворного для бывших больных многолетнего продолжающегося

контакта с врачом. В своих теплых письмах, заполненных благодарственными словами в адрес врача, избавившего их от страданий, они делятся своими «секретами», семейными делами, просят советов. В случаях сложных вопросов жизни многие из них отмечают, что благодаря беседе с врачом они научились видеть и понимать все, что им дано и чего раньше они почему-то не замечали и не умели оценить.

Глубокое истинно человеческое общение больного и врача, рожденное в беде и закрепляемое в борьбе с болезнью и порой в трудных победах, — это тот прекрасный союз людей, который приносит дружбу, преданность, уважение и любовь.

ВОПРОСЫ СОЦИАЛЬНО-ТРУДОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ

В последние годы все большее признание и осуществление получают идеи социально-трудовой реадаптации или реабилитации больных. Это тесно связано с выдвигающейся в наше время задачей возвращения максимально возможного числа больных к полноценной жизни в обществе. Особенно благоприятные условия для этого имеются в социалистических странах. Как указывается в резолюции IX Совещания министров здравоохранения и социального обеспечения социалистических стран, «реабилитация в социалистических странах есть система государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов (детей и взрослых) в общество и к общественно полезному труду» [1].

Существенной стороной этого определения является подчеркивание важности не просто приспособления

---

[1] Резолюция IX совещания министров здравоохранения и социального обеспечения социалистических стран по вопросу реабилитации. Прага, 21—24 ноября 1967 г.

больных к жизни после внесенных болезнью нарушений, но, что важнее, — предупреждение расстройств, которые препятствуют их социально-трудовому восстановлению.

Как показывает опыт, такие препятствия создаются не только остаточными патологическими изменениями, которые могут быть мало выраженными или даже отсутствовать, но в большей мере изменениями в личности больных, обусловленными их реакциями на заболевание, порождающими ипохондризацию. Но особенно неблагоприятным является длительное пребывание больных в стационаре, в обстановке вынужденной бездеятельности, недостаточных контактов с внешним миром, монотонности больничной атмосферы. В подобных обстоятельствах могут развиваться у больных явления так называемого госпитализма, выражающегося в безынициативности, апатии, обеднении интересов, утрате перспектив. Такие явления особенно усиливаются при чрезмерно авторитарной позиции врачей и среднего медицинского персонала, ограничивающих свою задачу лишь назначениями лечебных мероприятий и режимов и требованиями их выполнения, не заботящихся в то же время об активном участии больных в лечебном процессе и не интересующихся их досугом вне этих мероприятий в больнице. Современные программы реабилитации больных требуют не одного только биологического их лечения, но и психосоциальных воздействий, направленных на предупреждение социальной изоляции больных, на их активацию, тренировку их в общении и в осуществлении функций, необходимых для социально-трудового восстановления. Восстановительные мероприятия начинаются в стационаре и в необходимых случаях после выписки завершаются в специальных реабилитационных учреждениях стационарного, полустационарного или амбулаторного типа. Осуществление такой системы требует обращения не только к организму, но и к личности больных, их активного участия в лечебно-восстановительном процессе.

Наиболее полно теоретические положения реабилитации больных освещены у нас в работах М. М. Кабанова, подчеркивающего: «Реабилитация — это не только профилактика, лечение или восстановление трудоспособности; это прежде всего новый подход к больному

человеку», реабилитация представляет собой «динамическую систему взаимосвязанных компонентов», направленных не только на самого больного (как на биологические, так и на психосоциальные механизмы его функционирования), но и на окружающую его среду (семью, производственную сферу и пр.). Таким образом, реабилитация является смешанной био-психосоциальной системой мероприятий и воздействий, конечная цель которой есть возвращение больного или инвалида к жизни в обществе и в большей или меньшей мере к общественно полезному труду. Эта система опирается на четыре основных принципа.

Основными принципами реабилитации по М. М. Кабанову являются: 1) апелляция к личности больного, установление партнерства его с врачом в процессе лечебно-восстановительной работы; 2) единство биологических и психосоциальных воздействий, при котором удельный вес тех и других определяется характером клинического статуса и особенностей личности каждого больного; 3) разносторонность воздействий, включающих, кроме медицинской, также психологическую, семейную, профессиональную, общественную сферу и сферу досуга больного; 4) принцип ступенчатости проводимых лечебных и восстановительных воздействий, предусматривающий переход от более простых к более сложным, от искусственных условий больничной обстановки к приближающимся к реальной действительности. При этом завершающий этап реабилитации осуществляется в амбулаторных или санаторных условиях.

Реадаптация или реабилитация больных при различных заболеваниях, восстановление их здоровья, трудоспособности и возвращение после болезни в строй являются важнейшей задачей врачей всех специальностей.

В какой бы системе здравоохранения и области медицинской науки ни работал врач, вопросы социальной реадаптации — реабилитации — восстановления здоровья, трудоспособности и прежней социальной значимости больных — являются одной из главнейших целей его деятельности. Дальнейшее совершенствование форм и методов медицинской помощи, повышение эффективности терапии, возвращение к общественно полезному труду все больших контингентов больных представ-

ляют одну из важных задач органов здравоохранения, медицинской науки и каждого врача.

Реабилитация занимает одно из центральных мест в системе медико-социальных проблем во всем мире. Об этом наглядно свидетельствуют отчеты экономического и социального департамента ООН, деятельность Международного общества реабилитации нетрудоспособных и др.

В СССР реабилитационные мероприятия приобретают все большее социальное значение и становятся в центре внимания многих лечебных учреждений. В настоящее время с этой целью создаются реабилитационные центры: стационарные, амбулаторные и смешанные — для осуществления медицинской, бытовой и профессиональной реабилитации.

Процесс реабилитации нередко бывает продолжительным и сложным. Это зависит от особенностей данного заболевания, характера и объема выполняемой больным работы, от его возраста, от гармонии его личности во всех сферах ее взаимодействия и др. Реабилитацию в определенной степени осложняют переоценка пациентом своего болезненного состояния, уход в болезнь, падение активности, потеря интересов, ипохондрические фиксации, эмоциональные расстройства и, конечно, отсутствие должного контакта с врачом. Все это затрудняет возможности приспособления больных к требованиям жизни в целом.

При определении медицинского (терапевтического) и социального прогноза перед врачом стоят задачи выяснить особенности и структуру заболевания, удельный вес отдельных симптомов и синдромов, их стойкость или лабильность, особенности труда и семейно-бытовых условий.

Реабилитация во всех случаях предусматривает возвращение человека к труду и создание оптимальных условий для активного его участия в жизни общества. При этом важно, чтобы реабилитационные мероприятия осуществлялись в комплексе с лечебными, дополняя и расширяя их.

В литературе приводятся демонстративные данные, свидетельствующие о значении реабилитации в экономическом бюджете ряда государств. Американские исследователи считают, что каждый доллар, затраченный на

реабилитацию, возвращается в десятикратном размере. По их данным, из всех рабочих, занятых в производстве, около 8% составляют инвалиды. В ГДР работают около 600 тысяч инвалидов, участие которых в выполнении общегосударственного плана весьма значительно. Польские ученые пишут, что только в Варшаве реабилитация дает экономию в 90 млн. злотых в год. Аналогичные факты приводят авторы из ФРГ.

Большое значение имеет подготовка врачей и среднего медицинского персонала для реабилитационной работы. В этой работе участвуют не только врачи, но и психологи, социологи, экономисты, техники, трудинструкторы и др.

Реабилитация больных требуется при самых различных заболеваниях: при нарушениях опорно-двигательного аппарата, сахарном диабете, хирургических заболеваниях больных, при сердечно-сосудистых расстройствах, нервных и психических болезнях и др.

Интересны данные французского автора М. Леблена, касающиеся обоснованности ухода на инвалидность при сердечно-сосудистых заболеваниях. На основании обследования 465 больных было выяснено, что среди мужчин инвалидность была обоснованной в 50% случаев, сомнительной — в 17% и необоснованной — в 33% случаев. Среди женщин инвалидность была обоснованной в 22% случаев, сомнительной — в 19% и необоснованной — в 59% случаев. Автор подчеркивает, что инвалидность при сердечно-сосудистых заболеваниях является социальной проблемой здравоохранения. Поэтому Международное общество кардиологов при ВОЗ организовало секцию реабилитации кардиологических больных. Созданы центры восстановительного лечения двух типов: со сроками реабилитационного лечения до одного месяца и со сроками лечения в течение нескольких месяцев с последующим диспансерным наблюдением на протяжении не менее одного года.

Своевременная реализация системы реабилитационных мероприятий в травматологии и ортопедии имеет большое значение. Большинство авторов считает, что компенсаторные возможности у больных с нарушениями опорно-двигательного аппарата достаточно велики. Очень важно создание у этих больных уверенности в возвращении к труду, в возможности приобретения но-

вых трудовых навыков, приспособлении их к новым условиям жизни и труда. Реабилитация больных, страдающих эндокринными расстройствами, играет большую роль. Сюда относятся больные тиреотоксикозом, различными формами патологического климакса, сахарным диабетом. В последние годы во всех странах мира отмечается увеличение количества больных, страдающих сахарным диабетом, поэтому реабилитация этих больных приобретает для врачей-эндокринологов первостепенное значение. Следует подчеркнуть, что этих больных дезадаптируют не столько наличные расстройства, сколько реакция на сознание неизлечимости этого пожизненного страдания. Нередко при этом имеют место страхи возможности развития гипогликемии и различных других осложнений (полиневриты, гангрена, слепота и др.).

Своевременные профилактические мероприятия для раннего выявления сахарного диабета и психотерапевтические воздействия в комплексе с основным лечением заболевания обеспечивают необходимую медицинскую реабилитацию этих больных.

Большое значение имеет реабилитация хирургических, онкологических и многих больных другими заболеваниями, в особенности после оперативных вмешательств для быстрейшего их возвращения к труду и в привычную семейно-бытовую среду. Совершенно естественно, что врач составляет в каждом индивидуальном случае план-программу реабилитационных мероприятий. Особое значение здесь имеет решение вопросов о трудовой пригодности и степени работоспособности. Восстановление здоровья, трудоспособности и прежней социальной значимости психически больных является основной целью врача-психиатра, в какой бы системе психиатрической помощи он ни работал. Психоневрологические диспансеры различной категории, диспансерные и поликлинические отделения психиатрических больниц оказывают специализированную психиатрическую помощь различным возрастным группам по территориально-участковой системе обслуживания.

Среди реабилитационных мероприятий, используемых в условиях вынужденной изоляции таких больных, широко применяются психотерапия, трудотерапия, различные виды культтерапии, практикуются частые

лечебные отпуска в домашние условия. Создаются трудпрофилактории, ночные и дневные стационары и мн. др. В большинстве случаев общественная среда — мощный фактор, стимулирующий больного, смягчающий и компенсирующий болезненные расстройства. Важной задачей врача является помощь больному путем привлечения семьи и производства к созданию условий для содействия восстановлению социального престижа больного после лечения.

В 1973 году Институт кардиологии им. А. Л. Мясникова выпустил методические рекомендации по реабилитации больных инфарктом миокарда [1], предусматривающие психологическую стимуляцию, тренировку и возвращение больных к труду. Велика роль психологической установки на труд и трудотерапии не только при сердечно-сосудистых, но и при других заболеваниях.

Надо подчеркнуть, что лечебное использование труда и своевременное возвращение больного в трудовой коллектив способствуют его быстрейшей реабилитации. Многие больные за время длительной болезни, после оперативных вмешательств изменяют свои трудовые установки, теряют уверенность в своих возможностях, нередко стремятся продлевать как можно дольше больничный лист, берут отпуск без сохранения содержания, ездят без достаточных порой оснований на различные курорты, а в ряде случаев переходят на другой характер деятельности. Все это задерживает их реадаптацию, а в ряде случаев и дезадаптирует их. Поэтому очень важно своевременное использование активирующей роли труда после продолжительных заболеваний, выбивающих больного из привычной профессиональной деятельности. Здесь не менее важно учитывать роль коллектива и значение коллективного труда, оказывающего огромное реабилитационное влияние. Своевременное приспособление больного к труду — серьезнейшая задача всех врачей, работающих в стационарах и в системе внебольничной помощи. Воспитание правильной и здоровой установки на труд, радости труда,

[1] Методические рекомендации «Реабилитация (восстановительное лечение) больных инфарктом миокарда» (для врачей-терапевтов). М., 1973.

дружбы и взаимной поддержки в трудовом коллективе и в семье должно быть в центре внимания каждого врача. Вопросы трудовой деятельности больного — важнейшие в системе реабилитационных мероприятий, которыми занимается врач. При этом надо использовать различные стороны трудотерапии, оказывающей как лечебное, так и профилактическое действие. В одних случаях основная направленность трудотерапии — стимулирующая, в других используется восстановительное воздействие труда (соответствие характера трудовой деятельности интересам больного), в третьих — проводится переобучение, если больной не может продолжать заниматься своей профессией.

К этой стороне реабилитации тесно примыкает экспертиза работоспособности больного в случае установления ему группы инвалидности. Ситуация здесь особенно сложная, так как решаются значимые для человека вопросы его дальнейшей жизни и возможности продолжить трудовую деятельность, его материального и морального состояния. Поэтому члены трудовой экспертной комиссии, решая судьбу больного, должны особенно глубоко продумать свою тактику.

В процессах деятельности человека и его адаптации имеет значение приспособляемость к среде, достаточная развитость конформизма, уступчивость, взаимопонимание, согласие в труде. В целях объективизации изменений и последующего восстановления социально-трудовой и семейно-бытовой адаптации больных представляется важным изучение некоторых социологических установок, круга интересов и межличностных отношений.

Учитывая, что неврастения — наиболее распространенный невроз, сопровождающий многие соматические заболевания, мы изучили показатели социально-трудовой адаптации у 68 больных различными клиническими формами этого невроза. При этом выявились изменения трудовых установок, круга интересов и межличностных отношений у преобладающего числа больных. В 70% случаев у больных снизилась прежняя активность и продуктивность трудовой деятельности. Более 35% больных даже вынуждены были изменить условия своей привычной трудовой деятельности на более легкие. Это в основном касалось служащих, ранее

справлявшихся, а теперь не охватывающих необходимый круг обязанностей, связанных с административной работой и оперативной деятельностью, в особенности при необходимости контактов, общения с людьми.

Изменяется круг интересов у многих больных, 80% из них были сосредоточены на своих переживаниях, на телесном неблагополучии (больные с преобладанием ипохондрического, тревожно-депрессивного, астено-фобического синдромов). Они перестали интересоваться художественной литературой, музыкой, посещать кино, театр, общаться с друзьями, забросили свои прежние увлечения (коллекционирование, туризм, спорт и др.).

В такой же степени, а порой еще резче, выявлялись изменения межличностных отношений. Лишь у 18 человек они существенно не нарушились. У остальных же значительно снизились внесемейные контакты. Они перестали встречаться и общаться с родственниками, знакомыми, бывать в обществе. 35% больных полностью ушли в болезнь, потеряв вообще потребность в общении даже с членами своей семьи и интерес к ним.

Таким образом, направленное изучение указанных объективных критериев социально-трудовой и семейно-бытовой адаптации при неврастении выявило значительные нарушения. Полученные данные позволили наметить ряд мероприятий для эффективной социально-психологической реадаптации больных.

Использование этих и некоторых других социологических показателей может быть полезным для врачей различного профиля. Полученные данные облегчают понимание тех изменений, которые вносит в жизнь больного та или иная болезнь.

В системе реабилитации большое место должна занимать правильная организация терапевтического взаимодействия больных, в том числе групповая психотерапия. Важное значение в этом отношении имеют принципы, выдвинутые А. С. Макаренко. Сущность его системы состояла в воздействии на отдельную личность через коллектив. В этих целях он объединял в единый коллектив педагогов, детей, административный состав колонии. В последние годы по существу этот метод используется для групповых форм работы с больными в ряде социалистических стран (ЧССР, ГДР, ВНР и др.). В «терапевтическое сообщество» объединяются

коллективы больных неврозами, алкоголизмом и др. Так, в Праге в дневном стационаре объединяется до 60 больных. Помимо этого, в загородном восстановительном стационаре, где больные проводят 6 недель, систематически работают психологи и реабилитационные сестры. Больные избирают свое правление, выполняют работы по самообслуживанию, хозяйственные поручения, работают в саду, огороде и т. д. Критическое обсуждение проблем болезни и здоровья и взаимовлияние всех участников группы приводят к перестройке их установок. В дальнейшем больные переходят в амбулаторные группы дневного стационара, где осуществляется их дальнейшее приспособление к условиям жизни, к труду.

Кратохвил (Чехословакия) считает, что в терапевтическом сообществе играет роль не только групповая психотерапия, но и обстановка доверия и откровенности во время дискуссии, способствующая эмоциональной взаимной поддержке, создающая возможности коррекции невротических и других расстройств.

Различные модификации групповой психотерапии применяют также С. Ледер (ПНР), Хёк (ГДР), Колер (ГДР), Боучек (ЧССР), Хидаш (ВНР) и мн. др.

Мы остановились на этом вопросе, так как не считаем его узким и актуальным только для психиатров и психологов. Использование взаимодействий больных в целях лечебно-реадаптационного эффекта по существу (нередко стихийно) проводится в стационарах различного профиля. Имеются все основания расширить применение этих методов, использовать их в практике лечебно-реабилитационных воздействий при разных заболеваниях.

А. С. Макаренко писал, что «коллектив возможен только при условии, если он объединяет людей на задачах, деятельности, явно полезной для общества». А. В. Перовский считает, что коллектив характеризуется общностью содержательной и целенаправленной деятельности, связанной с общественными ценностями. В процессах реабилитации играет роль приобретение больными новых позиций в отношении своего заболевания, изменение самооценки, отношений с окружающими, восстановление полноценного социального функционирования во всех сферах жизни и в особенности в трудовой направленности. В Институте

им. В. М. Бехтерева и в других научных и лечебно-профилактических учреждениях различными путями с значительной эффективностью разрабатывается и осуществляется целая система социально-психологических мероприятий, направленных на возвращение дезадаптированных больных неврозами и психозами в общество и к общественно полезному труду.

В последние годы усиливается интерес к изучению семьи как важнейшего микросоциального фактора в жизни человека. Отсюда берет истоки и семейная психотерапия, которая имеет непосредственное отношение к реабилитации. Надо отметить, что до последнего времени многие врачи соматического профиля не всегда находятся в контакте с членами семьи своих больных или же их контакт ограничивается сообщениями по поводу состояния больного, режима в стационаре и на дому.

Хотя семейная психотерапия в основном используется в процессе лечения и реабилитации больных неврозами, не менее актуально ее использование и врачами других специальностей. Этот фактор имеет большое значение, так как члены семейной ячейки по-разному воспринимают заболевшего в семье. Здесь можно наблюдать самые разнообразные типы отношения к больному в период кульминации его заболевания и в дальнейшем, в особенности при затянувшемся или осложненном течении той или иной болезни. В одних случаях чрезмерная забота, постоянная опека, создание ненужных парниковых условий приводят к пассивности, детренированности, снижению нейросоматического тонуса у больных, в других (обстановка постоянных конфликтов, придирчивости родных, иногда элемента холодности, упреки в «лени», «мнительности», «нежелании преодолеть болезнь» или же игнорирование желаний больного и подчеркнуто спокойное отношение к его жалобам) создаются стрессовые ситуации, декомпенсирующие больного.

Врачи, занимающиеся лечением и профилактикой соматических заболеваний, постоянно сталкиваются с вопросами межличностных отношений своих больных в семье и обществе. В особенности это касается постинфарктных больных, с сосудистой неполноценностью и др. и тех, у которых на фоне их соматического

страдания развился невроз. Врач может способствовать изменению нарушенных межличностных отношений и устранению семейных конфликтов, неблагоприятно отражающихся на больном. В дальнейшем большую роль играет психопрофилактическая работа с семьей, предотвращающая срывы и невротические реакции у члена семьи. Совершенно естественно, что такого рода воздействия врача наиболее показаны в моменты обострения внутрисемейных отношений, требующих новой адаптации, т. е. именно при изменении жизненного распорядка семьи вследствие появления в семье больного.

Здесь нельзя не остановиться еще на одном вопросе, связанном с возрастным фактором. Старение — грустное явление, начиная от внешнего облика стареющего и старого человека и кончая его одряхлением и декомпенсацией соматических и психических процессов.

В старости падает общая активность, изменяется сопротивление жизненным трудностям, преобразовывается жизненная тактика, изменяется приспособляемость и пластичность нервной системы, сосудов, организма в целом. В то же время больные, страдающие различными заболеваниями в позднем возрасте, в большинстве случаев остаются в той же системе сложившихся социальнотрудовых и семейно-бытовых условий. По существу же уже в предпенсионном, а тем более в пенсионном периоде, они выпадают из привычного стереотипа и ритма жизни.

Вопросы реабилитации больных в позднем возрасте почти в равной мере касаются врачей всех специальностей. Большую группу составляют больные с сосудистыми заболеваниями (атеросклероз, гипертоническая болезнь, артериальная гипотония, различные степени расстройства мозгового и коронарного кровообращения, стенокардия, ишемия, инфаркт миокарда), значительную группу с эндокринными нарушениями (сахарный диабет и др.), желудочно-кишечными, мочеполовыми расстройствами, заболеваниями печени и поджелудочной железы, глазными болезнями старческого возраста, гинекологическими страданиями, патологическим климаксом и др. Наконец, неврозы и психические расстройства позднего возраста требуют пристального внимания врача.

Старение и старость и связанные с этим сложные социально-биологические пертурбации влияют не только на соматические процессы, но и на эмоциональное состояние пожилых людей. У них снижается эмоциональный резонанс, появляются оттенки тревоги, тоскливости, беспокойства и страха. Изменения общей и психической реактивности затрудняют адаптацию к динамичным условиям повседневного их существования. Положение в значительной мере осложняется и в связи с намечающимися или уже осуществившимися преобразованиями жизненного уклада — подготовкой или выходом на пенсию с потерей прежних возможностей. Выпадение из привычного ритма нередко способствует инволютивной дезадаптации — соматической и эмоциональной декомпенсации — или усугубляет ее. У большинства старых людей усиливается внимание к своему здоровью, чрезмерный анализ своих телесных ощущений. Возникают своеобразная «ипохондризация» и «поиски» больного органа, «еще не распознанной болезни» и проч. Поэтому в поликлиниках, диспансерах, больницах у врачей различного профиля можно увидеть значительное количество лиц позднего возраста.

Но, к сожалению, на приеме некоторых врачей иногда можно слышать раздраженный, оскорбительный тон, окрик, вызывающие особенно тягостную реакцию у пожилых больных. В таких условиях не может быть и речи об их реабилитации. А между тем реабилитационная работа с этим контингентом больных имеет большое социальное значение, так как многие люди, достигнув определенного возраста, накопили огромный опыт и знания в различных областях техники, науки, искусства и т. д.

Вот почему для своевременного проведения лечебно-профилактических реабилитационных мероприятий стали создаваться специальные геронтологические и гериатрические отделения в больницах, геронтологические кабинеты, кабинеты по изучению климакса и его лечению.

Реабилитация больных в позднем возрасте связана с целой системой воздействий врача, направленных на перестройку их отношения к самому факту их старения, на создание интересов, целей в жизни. Большую роль играют привлечение в этом возрасте

лиц различных профессий к общественно полезной деятельности, общение больных, различные развлечения, дружеские связи.

Благодаря тому, что в Советском Союзе многим пенсионерам предоставляется возможность работать, создаются благоприятные условия для социально-трудовой и семейно-бытовой реабилитации больных в позднем возрасте. Поэтому очень важно своевременное их привлечение к трудовой деятельности в разной форме и объеме. При этом целесообразно в случаях, когда это возможно, сохранить прежнюю работу, но уменьшить повседневную нагрузку. Все это повышает жизненный тонус, облегчает больному перестройку на другую скорость, на другой ритм и способствует сохранению его в рядах ценных для общества людей.

Таким образом, в работе по реабилитации больных с самыми различными заболеваниями врачи используют систему многообразных воздействий, применяя лечебно-восстановительные, лечебно-воспитательные методы, приемы лечебно-трудовой коррекции, основанные на принципе партнерства с больным, различные варианты психотерапии, психопрофилактические, психогигиенические мероприятия.

Социальная система нашей страны благоприятствует постоянному контакту людей, их сближению, дружбе в результате общих интересов в жизни, труде, в творческих поисках. Поэтому сама по себе повседневная жизнь создает условия, способствующие тесному взаимодействию людей, преодолению социальной изолированности и возможностям получения новой информации, которую несут друг другу люди. Перманентное отсутствие внимания, общения и взаимопонимания со стороны окружающих усугубляет болезненные расстройства,

В настоящее время в Японии созданы специальные клубы больных, страдающих сахарным диабетом, перенесших операции в брюшной полости и др. Они оказывают положительное влияние, объединяя больных, дисциплинируя их в соблюдении режима и выполнения назначений врача. У нас во многих городах созданы «клубы бывших пациентов», которые являются своеобразными центрами реабилитационных мероприятий. Здесь осуществляется психопрофилакти-

ческая, медико-педагогическая, психотерапевтическая работа с больными и их ближайшим окружением (семья, производство, бытовая среда). В последнее время представлен ряд материалов, показывающих роль этих клубов в налаживании обстановки в семье и в коллективе, в повышении трудовой активности перенесших заболевания. Немаловажную роль при этом играет расширение кругозора, эстетическое воспитание бывших больных — лекции, экскурсии, посещение театров, музеев и т. д.

Многие авторы у нас и за рубежом говорят о важности социального и медицинского воспитания здоровых и больных людей. Правильная пропаганда медицинских знаний, выступления врачей по радио и телевидению, создание научно-популярных кинофильмов на санитарно-просветительные темы должны использоваться в целях реабилитации больных, временно выпавших из привычной трудовой жизни.

Социальная значимость труда врача неизмерима. В процессе каждодневной деятельности и размышлений, поисков и находок, общения с больными он приобретает опыт в осуществлении важной задачи — реабилитации больного, возвращения его в трудовой коллектив, семью, общество.

О НЕКОТОРЫХ НАРУШЕНИЯХ ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИХ ПРИНЦИПОВ

Проблема деонтологии очень сложна и многопланова. Она включает еще и специфические аспекты, присущие различным врачебным профессиям. Об этом говорят книги, написанные учеными — представителями разных медицинских дисциплин, такие как «Вопросы хирургической деонтологии» Н. Н. Петрова, «О врачевании» И. А. Кассирского, «Деонтология в акушерстве и гинекологии» С. Н. Давыдова, «Судебно-медицинская деонтология» В. Ф. Червакова и др.

Но независимо от специальности профессия врача — это особая профессия, где только в гармоничном сочетании сердца и разума становится продуктивным и исцеляющим его труд. И если для многих профес-

сий можно в какой-то мере допустить правомерность давно известной латинской пословицы «Errare humanum est», что означает «человеку свойственно ошибаться», то для врача возможность ошибаться должна быть сведена к нулю, так как ошибка в диагностике или лечении может привести к непоправимым последствиям. Опасности таких ошибок значительно уменьшаются в наш век научно-технической революции, обогащающей медицину новейшей диагностической и лечебной аппаратурой и эффективными методами исследования и терапии. Однако у ряда ученых и врачей отмечается одностороннее увлечение современной техникой в ущерб вниманию к конкретным особенностям болезни и личности больного.

В настоящее время, когда между больными и врачами все более и более активно вклинивается техника, а кибернетика занимает место не только в диагностике различных заболеваний, врачам не следует забывать об индивидуальности каждого больного, о его эмоциональных реакциях на болезнь, помнить, что лечить приходится определенного больного не только с биологическими, но и с психологическими особенностями его заболевания. В этом плане вряд ли может сама по себе помочь даже самая умная из машин. «Увы! Чего не мог постигнуть душой, не объяснить тебе винтом и рычагами» (Гете — «Фауст»). И прав А. Ф. Билибин, когда он подчеркивает, что машина способна сработать быстро и точно, «но она никогда не будет мудрой. Мудрость — удел человека».

Позволим себе привести некоторые возражения против односторонности при увлечении кибернетикой в медицине, высказанные Э. П. Чеботаревой, подчеркивающей, что при этом не учитывается «одно важное обстоятельство, а именно то, что нравственная сторона отношений между врачом и больным при такой «кибернетизации» смазывается. Ведь машина, ставя диагноз точнее, чем врач, не может все же положительно влиять на больного, не может быть его другом, сочувствовать ему, то есть машине не доступен такой важный лечебный фактор, как гуманизм врача»[1]. И, конечно, совсем невозможно согласиться с

---

[1] **Чеботарева Э. П.** Врачебная этика. М., 1970, с. 19.

теми, кто, доводя до крайности взгляды Н. М. Амосова, полагает, будто машина может заменить врача. Еще в начале XX века Штрюмпель сокрушался, что успехи механизирования, фильтрования, титрования, колориметрирования и ряд других методов приводят к тому, что молодой врач иногда забывает о самом больном. Некоторые авторы, впадая в другую крайность, утверждают, что для ряда врачей техника — опиум, одурманивающий и отвлекающий от настоящей врачебной работы. А. Г. Гуляев считает, что врачам надо больше полагаться на собственный мозг с миллиардами невронов и синапсов, а за машиной оставить выполнение скромных подсобных функций частного порядка.

В связи с этим напомним точку зрения министра здравоохранения СССР академика Б. В. Петровского, который сказал: «В последнее время мы много говорим о технической вооруженности сегодняшней медицины, но мы не вправе забывать, что никакой электрокардиограф, никакой магнитофон не заменяет чуткого сердца врача, его доброй души» [1]. Но это, разумеется, не умаляет неоспоримого превосходства электрокардиографии при диагностике заболеваний сердца. Н. В. Эльштейн в своей книге «Врач, больной и время» совершенно справедливо заявляет: «Что греха таить, умения говорить с больным, выслушать его, осмотреть, как это делали не обремененные техникой старые врачи, некоторым врачам моего поколения действительно не хватает». К сожалению, об этом иногда забывают, односторонне увлекаясь техникой, несомненно нужной и полезной врачу любой специальности, но — в дополнение к его клиническому мышлению.

Говоря о гуманизме врача как о должном, В. Н. Мясищев справедливо замечает: «Принято считать, что это общеизвестно, не несет новой информации, а потому неинтересно». Но, зная, что нередко деонтологические принципы нарушаются, автор добавляет: «В связи с этим от того, что есть и что должно быть, надо перейти к тому, что не всегда бывает и чего не должно быть, но все же случается».

---

[1] «Мед. газета» от 15 апреля 1969 г.

Деонтологические принципы порой нарушаются из-за различных упущений в организации медицинской помощи и в подходе некоторых медицинских работников к больным.

Немало отрицательных суждений больных складывается по поводу работы врачей и персонала скорой помощи. Здесь одновременно присутствуют врач, фельдшер и санитары; при многочисленных вызовах они проявляют нередко торопливость. Часто в присутствии больного делятся впечатлениями о тяжелых случаях, имевших место во время дежурства, о различных пациентах и происшествиях ночи и т. п. Особенно травмируются при этом пожилые люди, иногда, может быть, чаще, чем следовало бы, вызывающие скорую помощь. Здесь они получают неуместную информацию о том, что «всему приходит свое время» и «жизнь не продлишь».

Так, у одного больного, педагога, 67 лет, страдавшего в течение длительного времени кардиофобией на фоне артериальной гипертонии, наступило тяжелое обострение заболевания после того, как врач скорой помощи заявил: «В больницу вас не возьмем. По дороге станет вам плохо, куда тогда денем вас?». После подобного «опыта», приобретаемого больными на основании встреч с отдельными представителями медицинской профессии, трудно ждать уважения и веры в исцеление. Конечно, сказанное — это досадное исключение из довольно хорошей работы нашей «Скорой медицинской помощи».

И. В. Давыдовский (1966) писал, что история жизни пожилого человека подчас важнее истории болезни, важнее для самого понимания этой болезни, а следовательно, и для ее преодоления. Между тем пожилые больные зачастую не встречают интереса к их жизни, достаточной чуткости и внимания при обращении в поликлинику за помощью.

С. Гиляревский в статье «О долге и совести врача» [1] описывает поведение врача — «чиновника от медицины», который говорит такому больному: «Эх, мне бы дожить до такого возраста» или «Посмотрите свой паспорт» и т. п.

---

[1] «Мед. газета», № 102 от 18 декабря 1975 г.

Во многих больницах при выписке больных на руки выдаются справки, содержащие результаты исследований и наблюдений за период их пребывания в стационаре. На основании консультаций врачей различных специальностей здесь фигурируют многочисленные диагнозы: например, атеросклероз мозга, гипертоническая болезнь II степени; сахарный диабет; ретинопатия; остеохондроз и т. п. Совершенно естественно устрашающее влияние на психику больного этих названий многочисленных болезней, занимающих в выписке иногда несколько строк.

Многие больные проявляют большой интерес к медицинской научно-популярной литературе. Такие издания иной раз вооружают своих читателей информацией, которая у отдельных людей формирует страхи и постоянную направленность внимания на определенный орган и свои ощущения. После чтения некоторых статей, посвященных инфаркту миокарда, атеросклерозу, заболеваниям нервной системы и т. п. ряд лиц начинает «заболевать» этими же болезнями. Кроме того, пополнив таким путем свою эрудицию, некоторые больные начинают предвзято относиться к ряду назначений врачей, критиковать их, отказываться от приема многих показанных им лекарств и т. д. Отсюда напрашивается вывод: санитарно-гигиеническая пропаганда должна учитывать деонтологические требования.

В литературе известны случаи эмоционального шока с резкими нейро-гуморальными расстройствами под влиянием устрашающих слов, когда к ним человек не подготовлен или ждет их с особым отношением и оценкой.

По данным М. И. Авдеева, эмоциональный шок в результате психической травмы словом у лиц с поражением сердечно-сосудистой системы может привести даже к рефлекторной остановке сердца, а В. Д. Попов (1964) приводит случаи самоубийства после ятрогении (на сексуальной и другой почве). Автор — судебный медик. Он подчеркивает роль эксперта в определении психической травмы словом как причины скоропостижной или насильственной смерти (такая травма может быть в редких случаях определяющей причиной или же способствующим моментом).

Расстройства, вызываемые упущениями в речи врача или неправильным ее пониманием пациентом, получили название дидактогений. Нередко непродуманность разъяснений недостаточно квалифицированного врача приводит к ухудшению состояния больного.

Особенно тяжелые последствия можно отметить там, где больные слышат обсуждение врачами вопросов дифференциальной диагностики, перспектив лечения и течения болезни, сопоставление состояний одного больного с другим. После таких, отнюдь не деонтологических, явлений отдельные больные впадают в депрессию, перестают верить в благоприятный исход, высказывают страхи, боятся смерти.

В наше время, к счастью, не бывает такого врача, о котором выразительно писал А. П. Чехов в рассказе «Горе»: «...Прощайся с руками и ногами... Отморозил! Ну, ну... Чего же ты плачешь? Пожил и слава богу! Небось, шесть десятков прожил — будет с тебя!»

Не раз приходится сталкиваться с тяжелыми неврозами, развившимися после несоблюдения врачами элементарных деонтологических требований. Так, во время операции под местным обезболиванием бывает, что хирург кричит: «Рвутся нитки», «Никуда не годны зажимы», «Кровит», «Заливает все операционное поле», «Плохой пульс», «Падает давление» и т. д. Нередко тут же происходит диалог оперирующего с ассистентами, обмен мнениями и принятие решений.

Дидактогении возникают и в случае ошибочной диагностики грозных заболеваний. В дальнейшем, несмотря на изменения диагноза, больные длительное время лечатся по поводу ятрогенных наслоений.

Особенно травмируют больных чересчур прямые заявления больным о тяжелом прогрессирующем заболевании или о предстоящей смерти.

И. И. Панаев ярко рассказал об историческом случае, когда больному прямо сказана «правда» о болезни. Известный врач Спасский возвращался от умирающего Пушкина. Больной, к которому он затем приехал, едва приподнялся на постели, ему было плохо. Схватив руку доктора, он произнес: «Скажите мне, есть ли какая-нибудь надежда, доктор? Могу ли я выздороветь?» «Никакой, — ответил Спасский, — да что же такое. Все умрем, батюшка! Вот и Пушкин

умирает. Слышите ли? Пушкин! Так уже нам с вами можно умереть!» Больной со стоном опустил голову на подушку и скончался почти в один час с Пушкиным» [1]. Такая жестокость ничем не может быть оправдана.

Больные еще более, чем здоровые, часто дают негативные эмоциональные реакции на слова «смерть», «паралич», «рак», «инфаркт», «психоз» и т. п. Употребление их нередко отрицательно сказывается на настроении, общем тонусе, самочувствии, сне, аппетите больных. В особенности это относится к тревожно-мнительным и эмоционально-неустойчивым лицам. Бывает и так, что искажается смысл неосторожно сформулированных мыслей врача, вследствие чего отягощается состояние больных.

Так, женщина 54 лет во время командировки в Москве попадает в одну из больниц в связи с возникшим инсультом с левосторонним гемипарезом. По миновании острого периода уже через месяц ее активно тренируют в ходьбе. Когда же со значительными улучшениями в состоянии здоровья ее перевозят в одну из больниц города, где она живет, здесь с первого же дня лечащий врач заявляет, что он не согласен с лечением, проводившимся в Москве. «Вам надо, — говорит он, — больше лежать, иначе может повториться инсульт». После такого «прогноза» не могло не ухудшиться моральное, а отсюда и общее состояние этой больной, которая стала подумывать о том, чтобы «покончить с собой». Лишь после немедленной, по настоянию опытного консультанта, выписки домой, где она начала ходить и постепенно включаться в жизнь, удалось перестроить ее эмоциональное состояние.

Иные гинекологи торопятся сообщить больным без оговорок о том, что обнаруженная у них на профилактическом осмотре или при очередной консультации эрозия шейки матки является «предраковым» состоянием, не учитывая особенностей личности данной женщины, хотя в таких случаях полезнее было бы предупредить о возможном перерождении лишь при уклонении от лечения.

В одном случае врач-невропатолог на основании сомнительных и недостаточно выраженных симптомов поставил, правда под вопросом, диагноз опухоли мозга, о чем и сообщил больной: «Знаете, диагноз для

---

[1] **Панаев И. И.** Литературные воспоминания. М., 1950, с. 123.

меня не совсем еще ясен. Возможно, все обойдется благополучно, но во всяком случае опухоль пока исключить нельзя. Нужно проделать еще ряд дополнительных исследований». К счастью, у этой больной опухоли мозга не оказалось, но развилась довольно стойкая невротическая реакция на «страшный» диагноз, хотя и под вопросом.

В последние годы, к сожалению, в психиатрической практике отмечается тенденция к расширительной диагностике шизофрении. Дальнейшее динамическое наблюдение показывает, что у части таких больных — это лишь внешне сходная с шизофренией симптоматика, обусловленная различными факторами (например, возрастные характерологические изменения: подростковый, юношеский возраст и др.). Однако некоторые из этих больных и в дальнейшем остаются на учете в постоянно травмирующей рубрике: «шизофрения».

Нельзя не отметить отрицательного влияния дидактогений в повседневной работе ряда лечебных учреждений. Можно привести немало примеров, иллюстрирующих ухудшение состояния больных после обхода врачей, заведующих отделениями и даже научных руководителей клиники. До последнего времени в клиниках различного профиля врач-куратор нередко в присутствии больного сообщает различные сведения по поводу его заболевания. Врачи отделений во время обходов, консилиумов, консультаций в присутствии больных обмениваются диагностическими соображениями и репликами, которые быстро «подхватываются» и могут неправильно восприниматься некоторыми больными. Врач-терапевт изменил порядок назначения приема дигоксина больной на вечернее время, поясняя при этом, что делает это из профилактичских соображений: «В ночное время бывают чаще сердечно-сосудистые кризы». После этого больная перестала спать — ночью развилось тревожное ожидание возможного «криза».

К нам в разные годы обращались за помощью больные, страдавшие фобиями, после проведения им различных исследований, операций, манипуляций и т. д. Так, навязчивые страхи возникали после рентгенологических исследований (рентгеноскопии,

рентгенографии) желудочно-кишечного тракта, сердца, легких. В подобных случаях врачи-рентгенологи в ходе исследования позволяли себе такие, например, восклицания: «Какое маленькое капельное сердце!», «О! Изменена аорта!», «Слизистая желудка — оставляет желать лучшего», «Что-то мне не нравится сигма» и т. п. Это способствовало развитию у больных тяжелых канцерофобий, инфарктофобии и др.

Особенно отрицательное воздействие в такого рода случаях оказывали «разъяснения» для присутствующих в момент исследований врачей, студентов, других коллег. Так, приходилось наблюдать больных с яркой ипохондрической симптоматикой, развившейся после ряда оперативных вмешательств, проводившихся под местной анестезией, во время которых происходили диалоги на тему «о повторяемости внематочной беременности», «изменениях, обнаруживаемых при ревизии кишечника», и т. п.

Можно привести немало и других примеров, когда не соблюдаются деонтологические принципы при проведении различного рода исследований. В особенности это касается инструментальных обследований больных и проведения им различных манипуляций (зондирование с помощью тонкого зонда, люмбальные пункции, ректороманоскопия, кишечные орошения и др.). Некоторые врачи производят их без предварительной подготовки больных, не разъясняя им характер предстоящих манипуляций и обследований. Это являетсся источником психической травматизации и невротизации ряда больных.

Некоторые врачи, стремясь оказать более активное психотерапевтическое воздействие на длительно болеющих соматических больных, во время обхода в той же палате приводили примеры «волевых» качеств других, рядом с ними лежащих больных. При этом говорилось, что, например, «Иванов страдает очень тяжелой болезнью, но он, в отличие от Вас, борется с ней» и т. п. Таким образом «Иванов» получил неожиданную для себя пугающую «информацию».

Немало нарушений деонтологических принципов происходит в результате непродуманной тактики врачей в отношении больных коллег. Некоторые врачи «считают своим долгом» подчеркивать, что они гово-

рят правду, «которую обязан знать больной врач о своем состоянии». Так, один из них заявил своему коллеге: «У вас мерцательная аритмия — с ней долго не проживешь!» Нельзя не отметить и распространенные в среде некоторых врачей разговоры на «вольные» темы, практикуемые иногда в присутствии находящихся тут же в кабинете больных. Особенно многообразна эта тематика, если в кабинете собирается несколько медицинских работников.

Бывает, что врачи-администраторы нарушают деонтологические принципы. Некоторые, например, допускают сухой официальный тон при отказе в выполнении той или иной необоснованной просьбы больного. Иногда можно наблюдать и досадные ситуации, когда врач, наделенный административными правами (заведующий отделением, начмед и др.) делает замечания другим врачам в присутствии больных. Некоторые администраторы в пылу откровенности начинают делиться с больными по поводу своих затруднений, жаловаться на отсутствие каких-либо медикаментов, аппаратуры и проч., говорить о «перегрузке» больницы, затруднениях в обслуживании больных и т. п. Наблюдаются и отдельные случаи, когда главный или старший врач доверительно рассказывает больным о не подлежащих разглашению различных событиях, взаимоотношениях между отдельными врачами, подробностях личной жизни врачей. Все эти и многие другие нарушения деонтологических принципов по существу легко устранимы — при условии глубокого понимания врачом своего высокого и ответственнейшего назначения.

Врачу следует не только не допускать собственных ошибок в обращении с больными, но и бороться с эгротогениями — отрицательными влияниями одного больного на другого, представляющими нередкое явление. Возможность таких влияний следует всегда иметь в виду, в особенности в условиях стационара, где имеется скопление различных больных, находящихся совместно более или менее продолжительный период времени. Вместо этого необходимо, чтобы больные стали союзниками, помощниками врача и чтобы направлялось их положительное внушающее влияние друг на друга.

Как уже отмечалось, каждый больной в той или иной степени переживает свою болезнь и в зависимости от различных условий он может испытывать тревогу за свою жизнь, трудоспособность, испытывать страх перед различными медицинскими назначениями и манипуляциями, оперативным вмешательством и т. д. Облегчение могут принести соответствующие разъяснения врача, вооруженного знаниями и опытом применения психотерапии. Дальнейшее внедрение основных положений медицинской психологии и психотерапии в деятельность медицинских учреждений будет, несомненно, способствовать устранению случаев нарушения основных принципов врачебной деонтологии.

ВРАЧЕБНАЯ ДЕОНТОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

Большинство авторов определяет психотерапию как психологическое воздействие на личность больного, а через нее на весь организм с целью устранения болезненных симптомов и изменения отношения к себе, своему состоянию и окружающей среде. Благодаря этому происходит выработка компенсаторных реакций организма, преодоление трудных стрессовых ситуаций.

Место и удельный вес психотерапевтических воздействий в комплексном лечении может широко варьировать. Показания к использованию различных приемов психотерапии должны соответствовать характеру заболевания и особенностям личности больного.

Раннее и своевременное применение отдельных ее методик в состоянии бодрствования больного, приемов самовнушения, коллективной психотерапии, вариантов внушения в гипнозе и др. существенно изменяет основной фон, на котором протекает болезнь. В процессе любого лечения и особенно в процессе психотерапии нередко создаются сложные и противоречивые ситуации в связи с происходящей перестройкой жизненных отношений больных.

Специальными методами психотерапии вооружены соответствующим образом подготовленные врачи. В по-

следнее время некоторыми из специфических психокоррекционных приемов начинают овладевать и медицинские психологи, привлекаемые к работе не только в психоневрологических учреждениях, но и в ряде клиник соматического профиля. Однако гуманистические традиции медицины и задачи медицинской деонтологии требуют, чтобы общими принципами и приемами психотерапевтического подхода владели врачи всех специальностей. Главные из этих принципов — чуткое, внимательное отношение к больному, внушение надежды и веры в исцеление и в действенность врачебных назначений.

Даже в онкологическом учреждении умелым психотерапевтическим подходом можно добиться изменения обычно мрачного настроения у пациентов. Яркое подтверждение этого приведено, например, корреспондентом «Медицинской газеты» В. Рубцовым при описании работы Даугавпилсского республиканского онкологического диспансера Литовской ССР. «Ранним утром, — пишет автор, — в коридоре Даугавпилсского диспансера я увидел женщину, на лице которой отражались глубокие душевные страдания. Это была словно бы тень человека. Но примерно через час мы встретились вновь. Женщина шла по аллее рядом с врачом и медсестрой, и ее трудно было узнать. Исчезла бледность лица, ожил взгляд. Стало ясно, что преобразили ее беседа с медицинскими работниками, их чуткость, талант» [1].

Н. Д. Стражеско и многие другие опытные клиницисты уже давно отметили, что каждый человек болеет и выздоравливает на свой лад. Великолепное психологически тонкое описание болезни Наташи Ростовой дает Л. Н. Толстой: «Доктора ездили к Наташе и отдельно, и консилиумами, говорили много по-французски и по-немецки, по-латыни, осуждали один другого, прописывали самые разнообразные лекарства от всех им известных болезней, но ни одному из них не приходила в голову та простая мысль, что им не может быть известна та болезнь, которой одержим живой человек: ибо, каждый живой человек имеет свои

---

[1] **Рубцов В.** Избрав медицину.—«Мед. газета» от 18 февраля 1977 г.

особенности и всегда имеет особенную и свою новую, сложную, не известную медицине болезнь, не болезнь легких, печени, кожи, сердца, нервов и т. д., записанную в медицине, но болезнь, состоящую из одного из бесчисленных соединений страданий этих органов» [1]. Этот несколько иронический анализ поведения врачей у постели больного, представленный великим писателем, может быть дополнен и другими критическими оценками. Как известно, Мольер, болевший туберкулезом легких, зло иронизировал над врачами. Ему принадлежит фраза: «Больной должен иметь хорошее здоровье, чтобы выдержать болезнь и лечение». Писатель-врач Шиллер высмеивал консилиум врачей, собравшихся лечить простреленную лапу бульдога. А Сенека изрек: «Искусство продлить жизнь — это искусство не сокращать ее».

Немало могут рассказать врачи, как их при первом знакомстве встречают ожесточившиеся, потерявшие веру в себя и будущее больные, а уходят, проникнувшись теплыми чувствами и уважением. Нередко решающее значение имеет первая встреча с врачом, его искренность, сопереживание. Врач становится советчиком и помощником, другом на многие годы. Нельзя не сказать и о том, что в повседневной деятельности, наполненной различными событиями и подчас сложными ситуациями, врач иногда сталкивается с противодействием со стороны больного.

Скептически относясь к медицине в целом и, в частности, к ее представителям, некоторые больные на протяжении длительного времени отрицательно воспринимают контакт с врачом и его советы. Здесь необходима большая выдержка и терпение. Так, из описаний известно, что Бисмарк скептически и пренебрежительно относился к лечившим его врачам. Когда его впервые посетил Швенингер, ставший в дальнейшем его домашним доктором, которому он доверял, канцлер заявил, что у него нет времени для ответов на вопросы.

«Тогда лечитесь у ветеринара!», — ответил ему Швенингер и своей находчивостью завоевал авторитет у Бисмарка. Швенингеру принадлежит известное

---

[1] **Толстой Л. Н.** Война и мир, т. III. М., 1964, с. 61.

изречение: «Врачом быть — значит всегда из двух сильнее быть!»

Человек — исполнитель многих социальных ролей, он многим интересуется, многое знает. И врач тем более должен обладать широкой эрудицией: это создает для него возможности понимания больных и облегчает пути контакта с ними. Н. Д. Стражеско вспоминал, как он консультировал одного высокопоставленного больного — высокомерного человека, с которым трудно было войти в контакт всем врачам. Но когда, как бы невзначай, Н. Д. Стражеско заговорил о различных породах собак и об охоте, больной, страстный охотник, тут же оживился и подробно изложил все свои жалобы.

Не должен также забывать врач и о том, что действенную помощь оказывает поощрение больного, похвала ему за соблюдение режима, за борьбу с хандрой, за включение в труд, за преодоление трудностей ситуационного характера и многое другое. Такое поощрение утверждает успехи больного в глазах его и окружающих и нередко оказывает стимулирующее влияние.

Наблюдательный врач, владеющий психотерапевтическим подходом, всегда ищет вокруг себя наиболее важные и убеждающие факты, которые ему оказывают помощь в перестройке ложных теорий, созданных больным. Вспоминается одна из больных, у которой была обнаружена язва двенадцатиперстной кишки. Тревожно-мнительная, боязливая женщина ушла в болезнь», ожидая «ракового перерождения». Любящая семья жаловалась, что она категорически отказалась от «бессмысленного лечения» и целыми днями плачет. Действительно, ни назначенные психотропные препараты, ни бром не изменили ее состояния и поведения. Когда же врач предупредил ее, что постоянные слезы семимильными шагами подвигают ее к старости, сделают ее лицо морщинистым и изможденным, она успокоилась и начала энергично выполнять все лечебные назначения.

Врач не может забывать, что вера больного в него ни с чем не сравнима. Она конкурирует с воздействием даже самых эффективных лекарственных препаратов. Некоторые терапевты считают, что, например, при

стенокардии решающими являются следующие факторы: желание больного выздороветь, вера во врача, которого он выбрал, вера в действие назначенного лекарства, его умение вселить веру больному и только после этого истинное фармакодинамическое влияние данного препарата. И здесь решающее значение всегда имеет авторитет врача. Вера в авторитетного врача нередко оказывается настолько сильной, что лечебное действие может вызвать даже назначенное врачом совершенно индифферентное вещество. Такое явление называется плацебо-эффектом.

Большое эмоциональное воздействие на больного оказывают пример самого врача и сообщаемые им некоторые сведения о своих жизненных ситуациях и отношении к ним. Здесь, конечно, важно умело подбирать наиболее убедительные факты, помогающие развенчать ложные теории больного. И личный пример врача нередко становится эталоном поведения для больного, его отношения к трудным обстоятельствам и т. д.

Клод Бернар утверждал, что врач должен знать три вещи: условия здоровья, чтобы их поддержать; условия развития болезни, чтобы их предотвращать, и условия выздоровления, чтобы их использовать. В «Борьбе с безумием» Поля де Крюи Джек Фергюссон говорит о принципе своего лечения душевнобольных как «соединении новейшей медикаментозной терапии с любовью к больному». А. М. Горький писал, что только настоящее произведение искусства создает сердечное доверие между читателем и писателем. Для этого, помимо способностей и знаний, требуется человеколюбие! — Все это целиком можно отнести и к психотерапевтическому воздействию врача на больного.

Продуманное использование эмоционального контакта с больными играет огромную роль во врачебной деятельности. А. С. Макаренко придавал большое значение эмоциям и успешно использовал эмоциональные воздействия в своей колонии. Он писал: «Нашим весьма важным институтом была система перспективных линий. Человек не может жить на свете, если у него нет ничего радостного. Истинным стимулом в человеческой жизни является завтрашняя радость. Ее надо организовывать, вызвать к жизни и поставить как ре-

альность. Надо настойчиво претворять более простые виды радости в более сложные и человечески значительные. Воспитать человека — значит воспитать у него перспективные пути, по которым располагается завтрашняя радость»[1].

Эти положения могут быть целиком приняты врачами, так как в процессе общения с больным следует стремиться создать у него бодрость, уверенность, веру в будущее, оптимизм. Известно, что продолжительное время болевший Клод Бернар выздоровел после одной участливо-мягкой беседы с Луи Пастером.

Когда некоторые больные, утратив власть над собой и попав под власть болезненных явлений, приходят к новому врачу, отчаявшись в безуспешных ранее пробах лечения, то можно понять, какую роль в жизни такого больного играет психотерапевтический подход врача. «Если последний умным подходом к больному помогает ему разобраться в истории его жизни, в сложных и запутанных, непонятных или неправильно понятых обстоятельствах прошлого и настоящего, то без преувеличения можно сказать, что врач становится для больного учителем жизни»[2].

Есть район города Харькова, который именуется населением «Шатиловка». Здесь жил профессор П. И. Шатилов, гуманный, мудрый доктор. В своих лекциях по пропедевтике внутренних болезней он советовал начинающим врачам: «Бойся пациентов с тысячью маленьких бумажек, рецептов, удостоверений и пр. Бойся пациентов, которые, как говорил Шарко, могут утопить тебя в потоке слов и бумажек. Ищи доверия больного и добывай его чем и как можешь, но не деликатничай с Кит Китычем, не хватай за жабры с наскоку человека с тонкой натурой, будь с пациентом мудрее змия и кротче голубя; внушай больному доверие высочайшим тактом, ни неудовольствия, ни сердитого бессилия не смеешь ты показать больному, хотя бы лил он в три ручья слезы, в трех реках словесных топил тебя, жди откровенности, не спугни ее»[3].

---

[1] **Макаренко А. С.** Педагогическая поэма. М., 1957.

[2] **Мясищев В. Н.** Некоторые вопросы теории психотерапии. М., 1958, с. 15.

[3] **Шатилов П. И.** Клинические лекции. Харьков, 1927.

Помня о том, что основная роль принадлежит словесному влиянию, которое создает пути перестройки неправильных представлений, ложных оценок своего состояния и эмоциональных реакций больного, вдумчивый врач обычно заблаговременно готовится к беседе с больным. Он стремиться ясно, последовательно и логично формулировать свои мысли, соотнося их с состоянием и поведением больного, требуя при этом выполнения своих предписаний. Если изменяется динамика заболевания, естественно, следует отступать от намеченного плана, маневрируя. Врач должен выяснить, какова субординация целей и интересов больного — она наиболее полно раскрывает внутренний мир человека, чем он живет. Поэтому шкала переживаний очень многому учит.

В свое время М. Я. Мудров советовал не сидеть с чистым бланком рецепта на глазах у больных, так как смятение врача гибельно. Б. Е. Вотчал считал полезным для врачей рекомендовать больному показаться через некоторое время после выздоровления или значительного улучшения, так как видимый эффект подымает веру врача в себя. При этом растет и вера больного во врача, который интересуется его состоянием и продолжает наблюдение за ним. Б. Е. Вотчал также подчеркивает, что всякие шаблоны, схемы являются лишь ориентирами и требуют необходимых поправок в зависимости от течения болезни, состояния больного, его индивидуальных реакций и других обстоятельств.

Говоря о роли тесного психотерапевтического контакта с больным, следует указать на значение осторожности, когда касаются интимных переживаний больного. Скороспелые заключения могут внезапно разрушить обстановку откровенности и доверчивости, созданную после ряда встреч. Эта сторона переживаний всегда требует бережного отношения.

Ф. М. Достоевский говорил, что противоречивую жизнь нельзя втиснуть ни в какую таблицу умножения, как бы необходима она ни была. Состояние больного независимо от характера заболевания может подвергаться значительным колебаниям. Может возникнуть недоверчивое отношение к лечению, растерянность, недоумение. В зависимости от этого меняется и психотерапевтическая тактика. Но при всех условиях

важное значение имеет успокоение, ободрение, укрепление уверенности, самообладания, развитие самоконтроля. Все это успешно осуществляется при повседневных встречах больного с врачом и использовании самого распространенного вида психотерапии — бесед с пациентом.

И каждый врач независимо от его специальности не может не изучать особенностей жизненной ситуации больного, характера его переживаний и реакций на последние. В настоящее время психотерапевтические методы входят в практику различных отраслей медицины. Они применяются, помимо психоневрологии, в клиниках соматического профиля — при различных заболеваниях внутренних органов, в эндокринологии, в акушерско-гинекологической клинике, в стоматологии, при кожных и других заболеваниях. Психотерапия используется в одних случаях на фоне медикаментозного лечения, физиотерапии и других воздействий, в других она занимает главенствующее место.

Как указывалось, в клинической картине любого заболевания могут формироваться вторичные невротические расстройства или неврозоподобная симптоматика. Наиболее тяжело переживаются больными сенестопатии, ипохондрические расстройства, обычно плохо поддающиеся лечебным мероприятиям. Построение тревожно-депрессивной, депрессивно-фобической симптоматики с различными страхами, тревогой, состояниями беспокойства и растерянности довольно часто встречается при сердечно-сосудистых заболеваниях, в клинической картине сахарного диабета, тиреотоксикоза, патологического климакса и многих других заболеваний. Использование при таких состояниях различных приемов индивидуальной и групповой психотерапии, гипноза, аутогенной тренировки, наркопсихотерапии оказывает благоприятный эффект. В ряде случаев бывает показана поддерживающая психотерапия с периодическими встречами с больными в течение длительного времени.

Косвенная психотерапия широко используется в клинике любого профиля, так как, назначая тот или иной лекарственный препарат, врач настраивает больного на положительное действие последнего. Б. Е. Вотчал 60% эффекта, отмечаемого при приеме лекарств в

клинике внутренних болезней, относил за счет психотерапевтического действия.

В последние годы большой популярностью пользуются различные приемы самовнушения. При этом больной активно участвует сам в процессе своего лечения. Так, аутогенная тренировка повышает возможности саморегуляции непроизвольных функций организма. Шульц предложил ее в 1932 году, а в 1966 году вышло из печати 12-е издание его книги. По его данным, в ФРГ более 15 000 человек пользуются аутогенной тренировкой. В США и ряде других стран аутотреннингу придают большое значение как фактору, повышающему работоспособность человека.

В Советском Союзе аутогенная тренировка используется с различными модификациями, в комбинации с гипнозом, в сочетании с музыкальными ритмами, эмоциональным воздействием музыки. Ряд авторов считает, что музыкальное сопровождение способствует лучшей реализации упражнений и увеличивает их последующую эффективность (А. Г. Панов, Г. С. Беляев и др.).

Безусловно, аутогенная тренировка является перспективным методом психогигиенической саморегуляции. Не только лица, трудовая деятельность которых постоянно связана с повышенным риском (летчики, шоферы, моряки и т. д.), но и представители других профессий, студенты, школьники могут добиться повышения работоспособности, улучшить память с помощью регулярных занятий аутогенной тренировкой. Овладеть этим методом им поможет очень нужная и интересная книга ленинградских авторов «Психогигиеническая саморегуляция (А. Г. Беляев, В. С. Лобзин, И. А. Копылова, 1977). Преодоление и коррекция эмоциональных недостатков личности во многих случаях явятся хорошей профилактикой некоторых заболеваний.

Многие авторы подчеркивают, что личность человека наиболее полно проявляется в особенностях отношений, возникающих в процессе общения с другими людьми. Коллектив оказывает большое влияние на личность, перестраивая и активируя ее, расширяя диапазон ее возможностей. Групповая психотерапия теперь все шире применяется в практике лечебных учреждений амбулаторного и стационарного типа. При этом создаются группы, большей частью смешанные в поло-

вом отношении, малые, средние, большие, объединяющие 30 и больше больных. В группах используются различные психотерапевтические методики: гипноз, гипноз-отдых, самовнушение, аутогенная тренировка, спортивные игры, различные виды культтерапии, трудтерапии и многие другие. При этом особенно важно, что при групповом взаимодействии больных легче преодолевается наиболее распространенная и декомпенсирующая больных при соматических и невротических расстройствах симптоматика — страхи, тревога, беспокойство. Элементарные формулы внушения строятся примерно так: «Страх ослабевает, я овладеваю собой. Я отвлекаюсь, возникают другие эмоции, они преобладают, страх ослабел. Чувства покоя и радости нарастают. Я спокоен. Я хорошо себя чувствую» и т. д. Такие и многие другие варианты формул самовнушения не сложно использовать в условиях стационара и поликлиники, где ценят психотерапию. В 1976 году был издан специальный приказ министра здравоохранения СССР об организации психотерапевтических кабинетов в крупных поликлиниках. Это будет способствовать более широкому внедрению психотерапии в соматическую медицину.

В системе лечения соматических заболеваний полезно использование и природных факторов — лесов, полей, садов, путешествий по реке, на теплоходах, туризма. Так, описан благоприятный эффект применения природных условий при бронхиальной астме, гипертонической болезни, неврозах и других заболеваниях, что объясняется не только прямым действием этих условий на организм, но и их положительным влиянием на эмоциональное состояние людей.

Выяснив разные грани личности, интересы, склонности, увлечения больных, врач может советовать загородные поездки, нацеливать больных заняться коллекционированием, фотографированием и т. п., что по сути явится лечением отвлечением, рекомендованным еще В. М. Бехтеревым.

Известно, что различные виды искусства оказывают большое влияние на эмоциональное состояние людей, а через эмоции и на телесные функции. Испытывая состояния удовольствия, радости, желания жить, каждый человек во время эстетического наслаждения восприни-

мает в новом свете себя и окружающий мир. И если эти чувства возникают у здоровых людей, то еще более сложно и многообразно мироощущение больного человека, оторванного от всего того, что составляет грани жизни. Поэтому врач никогда не должен забывать о целебных свойствах музыки, произведений живописи, архитектуры, о благотворном влиянии кино, театра и литературы.

Наблюдается немало больных, страдавших различными соматическими заболеваниями и неврозами, отмечающих значительные положительные сдвиги в своем состоянии после просмотров кинофильмов, телепередач, посещения театральных постановок, концертов. Легкие развлекательные фильмы, комедии, фильмы, демонстрирующие красочную природу, горы, леса, реки, зеленые луга, различные страны, благотворно влияют на настроение, самочувствие, жизненный тонус. Целесообразны коллективные просмотры такого рода и других фильмов и, если возможно, их обсуждение совместно с врачом. Всегда оказывается оправданным использование любых факторов, воздействующих на эмоциональное состояние и эстетические чувства любого больного человека.

В определении Мусоргского музыка — «средство беседы с людьми». Авиценна, живший в X—XI столетии, назвал музыку «нелекарственным» способом лечения, наряду с запахами, смехом, трудом. Платон даже считал, что при помощи музыки можно влиять на формирование определенного характера человека.

Вопросы лечебного влияния музыки изучал В. М. Бехтерев, считая ее «властительницей наших чувств и настроений». Он писал, что с помощью музыки можно снизить возбудимость, перевести больного из грустного состояния в хорошее настроение, оказать воздейтвие на кровообращение, дыхание, придать физическую бодрость, устранить усталость..

В настоящее время различные музыкальные произведения, пение птиц, шум деревьев и др. применяют у нас и в других странах при лечении сердечно-сосудистых и ряда других заболеваний. В США существует национальная ассоциация музыкотерапии — лечебной музыки. В 1959 году в Австрии состоялся съезд, посвященный теме «Музыка в медицине». В Вене имеется

институт, где осуществляется подготовка музыкотерапевтов. Они подбирают специальный репертуар мажорной или минорной музыки, учитывая характер ритма, тембра, гармоничность или контрастность звуков и прочее. Совершенно естественно, что программа и эмоциональное содержание музыки варьируют в зависимости от контингента больных и характера лечебных воздействий, применяемых в каждом случае врачом. В последние годы лечебное влияние музыки успешно используется в условиях комплексного лечения больных в Институте им. В. М. Бехтерева и в ряде клиник, а также для борьбы с расстройствами сна различного генеза на курортах Крыма, Кавказа и др. Этот вид лечебных воздействий следует шире использовать в хирургической практике для послеоперационных больных, в акушерско-гинекологических стационарах в пред- и послеродовом периодах, в терапевтических и эндокринологических клиниках. Так, в терапевтическом отделении Республиканской больницы г. Сухуми врач Г. Я. Кокая на протяжении ряда лет успешно применяет сеансы музыкотерапии для постинфарктных и других тяжелых лежачих больных, находящихся на лечении.

Не менее важно использование литературных произведений в лечебных целях. Как известно, в процессе получения новой информации через печатное слово путем сопоставления себя, своей жизни и переживаний с судьбой героев того или иного произведения больной нередко обретает моральные силы и веру в благоприятные перспективы лечения и дальнейшей жизни. Переживания, поступки, судьба героя начинают изменять отношение больного к себе, своему состоянию, к окружающим.

Библиопсихотерапия — использование книг с лечебной целью — проводится в США, Англии, Франции, ФРГ, Чехословакии, Польше, Болгарии и др. По терминологии Чолакова, Атанасова и других психотерапевтов, книга помогает «декапсулировать» больного, переключить его. Положительное действие производят и другие виды искусства. Например, Сиденгам утверждал, что выступление в городе клоуна оказывает более сильное и благотворное влияние на здоровье жителей, нежели десятки мулов, нагруженных лекарствами,

Своеобразная точка зрения Аристотеля о значении трагедии представляет определенный интерес. Он считал, что зритель, наблюдающий острые жизненные конфликты, разворачивающиеся перед его глазами, как бы «очищает» и свои душевные переживания. Подобные ассоциации, которые у него возникают, в дальнейшем становятся для него чем-то уже раз «пережитым», «отреагированным». Не соглашаясь с психоаналитической трактовкой механизмов отреагирования и так называемого «катарзиса» (очищения), отметим, однако, что театральное и киноискусство, дающие эмоциональную разрядку, возможность сопоставления своих переживаний с какими-то аналогичными с ними, ознакомления с поведением другого человека в сложной жизненной коллизии, сходной с собственной, в ряде случаев оказывает лечебное влияние.

Современные психотерапевты начинают у нас успешно применять приемы психодрамы в групповой психотерапии, отвергая при этом неприемлемые социометрические концепции, лежащие в основе психодрамы, созданной венским психиатром Морено, утвердившим затем свой метод в США.

Не меньшее значение имеет «физическая зарядка», так как двигательная активность тонизирует нервно-психическую деятельность. И. М. Сеченов утверждал, что мышечные движения имеют большое значение для деятельности мозга. В свое время философская школа Аристотеля называлась школой «перипатетиков»» — «гуляющих»: он говорил, что когда тело разогрето в процессе ходьбы-мысль становится живее. Поэтому Аристотель обучал своих учеников, совершая обычно с ними прогулки. Сто лет назад 96% всей работы человек выполнял с помощью своих мышц. Развитие цивилизации, научно-технический прогресс, усовершенствования в быту, механизация трудоемких процессов облегчили жизнь человека. Однако они оказали и отрицательное влияние, уменьшив двигательную активность, способствовали гиподинамии, сидячему образу жизни, сердечно-сосудистым, обменным и другим нарушениям.

Известный французский врач Тиссо писал, что движение может заменить по своему действию любое лекарство, но все лечебные средства мира не в состоянии

заменить действия движения. Врачи всегда должны брать на вооружение использование таких факторов, как ходьба, самые разнообразные виды спорта и лечебной физкультуры в целях перестройки жизненного тонуса и переключения эмоций при различных заболеваниях.

Но при всем огромном профилактическом и лечебном значении двигательной активности человека, как и применения медикаментозных, физиотерапевтических, хирургических воздействий на соматические процессы, протекающие в организме человека, во многих случаях их следует дополнять психотерапевтическими влияниями на личность больного. Это важно потому, что особенности личности могут служить источником болезни или главной ее причиной, влиять на течение патологических процессов, либо сама болезнь может вызывать изменения в личности человека.

В настоящее время довольно широкое распространение получили в качестве психотерапевтических приемов психогимнастика, различные игры, танцы и мн. др. (С. Ледер и др.).

Директор Института психосоматической медицины в Париже Л. Шерток совершенно правильно подчеркивает, что главная проблема — правильный выбор врача для конкретного пациента. Как бы ни была продумана система лечебных воздействий, она не даст соответствующего эффекта, если нет глубокого контакта врача и больного. Шерток пишет, что для одного пациента необходим врач — немолодая женщина, которая способна с материнской чуткостью и любовью понять его, для другого — врач, устанавливающий отношения интеллектуального партнерства, для третьего — молодая девушка, вызывающая эстетические чувства [1].

Конечно, неоспоримо, что даже самый образованный и широко эрудированный врач, вооруженный только таблеткой и скальпелем, не в состоянии понять и победить всю совокупность изменений в организме и личности человека, ставшего больным. И в этом аспекте представляют интерес данные проведенного нами анонимного анкетного опроса врачей со стажем от пя-

---

[1] Психотерапия: искусство или наука? — «Лит. газета» № 47 от 24 ноября 1976 г.

ти до двадцати лет. Все они считают необходимыми качествами врача его увлеченность своей профессией, человечность, стремление облегчить страдание больного, умение тонко понимать и анализировать его переживания, искусство создавать теплый, доверительный душевный контакт, доброжелательность и любовь к больному.

К сожалению, большая часть врачей еще не владеет в достаточной мере даже общими приемами психотерапии и не обладает знаниями в смежных областях медицинской психологии. Но без этого невозможно планомерное внедрение деонтологических принципов в повседневную врачебную практику. Для исправления существующего положения важны проводимые у нас в последние годы научно-практические конференции, курсы и циклы по психотерапии и медицинской деонтологии, на которые привлекаются практические врачи. Не менее существенны различные формы ознакомления широких масс врачей с накапливающимся опытом работы в этих направлениях в передовых научно-медицинских и лечебно-профилактических учреждениях, в таких, например, как Ленинградский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, клинические базы кафедр психотерапии Центрального и Харьковского институтов усовершенствования врачей, Ленинградская поликлиника № 51, поликлиническое отделение киевской больницы № 22 и др.

Следует приветствовать публикацию статей и книг по вопросам применения психотерапии в повседневной врачебной практике, рассчитанных на врачей общелечебной сети, так как, по мнению М. С. Лебединского, элементы психотерапии и психогигиены обязательно должны быть включены в любую систему лечебной помощи. В книге Л. Н. Лежепековой и Б. А. Якубова «Психогигиена и психопрофилактика в работе практического врача» (1977) даются рекомендации по психотерапевтическому и психогигиеническому потенцированию лечебного процесса в клинике внутренних болезней, в хирургии, акушерско-гинекологической практике, гериатрии. Особенно подробно авторы останавливаются на специфике врачебной деятельности на курорте. Врачу любой специальности полезно владеть методиками успокоения больного, безлекарственного

избавления от функциональных болей, безлекарственной регуляции ритма бодрствование — сон.

Принимая во внимание, что наиболее массовым лечебно-профилактическим учреждением в настоящее время являются поликлиника и все виды внебольничной помощи, от организации в ней медицинской службы зависит здоровье населения, обращающегося к врачам различных специальностей.

И выполнение основных деонтологических и психотерапевтических мероприятий начинается уже с четкой работы регистратуры, хорошо поставленной информации больных по поводу правил и времени приема врачей в стенах поликлиники или вызове их на дом, организации предварительного приема и своевременного проведения всех необходимых видов дополнительного обследования больных в лабораториях, рентгенкабинете и др.

Творческая разработка многообразных вопросов медицинской деонтологии и внедрение ее принципов в практику учреждений здравоохранения являются главнейшим условием дальнейшего повышения качества и эффективности их работы. В связи с этим обсуждаемый в данной книге круг вопросов деонтологии приобретает еще более важное значение. До последнего времени в фельдшерских школах, мединститутах, институтах усовершенствования врачей и в других учреждениях не всегда выделялись в программе различные вопросы деонтологии. Между тем, ознакомление студентов и врачей в период их учебы с основными положениями деонтологии играет большую роль в их дальнейшей плодотворной гуманной деятельности.

В опубликованной недавно монографии крупнейший ученый Н. Н. Блохин[1] обсуждает ряд актуальных вопросов медицинской деонтологии и излагает свои мысли об отношении врача к онкологическому больному, о морально-этических правилах поведения врача, о взаимоотношениях ученых с учениками и др. Он подчеркивает, что широкое внедрение научных исследований в медицину ставит новые деонтологические проблемы. И здесь наиболее важное значение приобретает воспитание молодых практических врачей и

---

[1] **Блохин Н. Н.** Деонтология в онкологии. М., 1977.

научных работников в духе высокой требовательности к себе, к своей практической и научно-исследовательской работе. Взаимоотношения учителей и учеников должны основываться на взаимном доверии, уважении и чувстве благодарности. Можно с уверенностью сказать, что у каждого из нас навсегда осталось самое доброе и теплое чувство благодарности и любви к учителям, раскрывшим разные стороны благороднейшей из наук — медицины. И многие врачи навсегда запечатлели и пронесли образ своего учителя-наставника, являющегося для них эталоном истинного ученого и врача. Для авторов этих строк таким эталоном всегда был их учитель — академик А. И. Ющенко, создавший свою школу психиатров и воспитавший смену учеников в духе высоких идей деонтологии.

Рамки деонтологии врача нашего времени необычайно широки. Существует немало психологически верных и ярких определений сущности профессии врача, но и сегодня убедительно и справедливо звучат слова врача-писателя А. П. Чехова: «Профессия врача — подвиг. Она требует самоотвержения, чистоты души и чистоты помыслов».

ПРИСЯГА СОВЕТСКОГО ВРАЧА

(Текст утверждён указом Президиума Верховного Совета СССР от 28 марта 1971 г.)

Получая высокое звание врача и приступая к врачебной деятельности, я торжественно клянусь:

Все знания и силы посвятить охране и улучшению здоровья человека, лечению и предупреждению заболеваний, добросовестно трудиться там, где этого требуют интересы общества;

быть всегда готовым оказать медицинскую помощь, внимательно и заботливо относиться к больному, хранить врачебную тайну; постоянно совершенствовать свои медицинские познания и врачебное мастерство, способствовать своим трудом развитию медицинской науки и практики;

обращаться, если этого требуют интересы больного, за советом к товарищам по профессии и самому никогда не отказывать им в совете и помощи;

беречь и развивать благородные традиции отечественной медицины, во всех своих действиях руководствоваться принципами коммунистической морали, всегда помнить о высоком призвании советского врача, об ответственности перед народом и Советским государством.

Верность этой присяге клянусь пронести через всю жизнь.

КЛЯТВА ГИППОКРАТА

«Клянусь Аполлоном, врачом Асклепием, Гигией и Панакеей и всеми богами и богинями, беря их в свидетели, исполнять честно, соответственно моим силам и моему разумению, следующую присягу и письменное обязательство: считать научившего меня врачебному искусству наравне с родителями, делиться с ним своими достатками и в случае надобности помогать ему в его нуждах; его потомство считать своими братьями, и это искусство, если они захотят его изучать, преподавать им безвозмездно и без всякого договора; наставления, устные уроки и все остальное в учении сообщать своим сыновьям, сыновьям своего учителя и ученикам, связанным обязательством и клятвой по закону медицинскому, по никому другому, Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости. Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла; точно также я не вручу никакой женщине абортивного пессария. Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и свое искусство. Я ни в коем случае не буду делать сечения у страдающих каменной болезнью, предоставив это людям, занимающимся этим

делом. В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, неправедного и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами.

Что бы при лечении — а также и без лечения — я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной. Мне, нерушимо выполняющему клятву, да будет дано счастье в жизни и в искусстве и слава у всех людей на вечные времена; преступающему же и дающему ложную клятву да будет обратное этому» [1].

[1] **Гиппократ.** Избранные книги, т. I, М., 1936, с. 87—88.

ЛИТЕРАТУРА

Авдеев М. И. Курс судебной медицины. М., 1959.

Авербух Е. С. Расстройства психической деятельности в позднем возрасте, Л., 1969.

Авербух Е. С., Телешевская М. Э. Неврозы и неврозоподобные состояния в позднем возрасте. Л., 1976.

Амосов Н. М. Мысли и сердце. М., 1969.

Архангельский Л. М. Коммунистические нравственные нормы и их становление. — «Философские науки», 1967, № 3, с. 51.

Асклепий. Болгаро-советский ежегодник истории и теории медицины, т. 1. София, 1970, с. 294.

Аствацатуров М. И. Учебник нервных болезней. Л., 1938.

Бехтерев В. М. Внушение и чудесные исцеления. — «Вестник знания», 1925, № 5, с. 322.

Бехтерев В. М. Избранные произведения. М., 1954.

Билибин А. Ф. Врач и больной. — «Вестн. АМН СССР», 1967, № 9, с 55.

Блохин Н. Н. Деонтология в онкологии. М., 1977.

Бодалев А. А. Восприятие человека человеком. Л., 1965.

Бодалев А. А., Каштанова Т. Р. Теоретико-методологические аспекты изучения эмпатии. — В кн.: Групповая психотерапия при неврозах и психозах. Л., 1975, с. 11.

Боткин С. П. Курс клиники внутренних болезней и клинические лекции, т. 2. М., 1950.

Булатов П. К. Клинико-физиологические исследования бронхиальной астмы. Л., 1953.

Вагнер Е. А. и др. О самовоспитании врача. М., 1971.

Вайль С. С. Некоторые вопросы врачебной деонтологии. Л., 1969.

Вересаев В. В. Записки врача. Соч., т. 1. М., 1948.

Вогралик В. Г. Актуальные проблемы «третьего возраста». — В кн.: Клиническая гериатрия. Горький, 1976, с. 3.

Вотчал Б. Е. Психотерапевтические аспекты деонтологии в клинике внутренних болезней. — В кн.: Первая Всесоюзная конф. по проблемам медицинской деонтологии. М., 1969, с. 50.

Вотчал Б. Е. Цит. по кн.: Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней. М., 1972, с. 82.

Ганнушкин П. Б. Избранные труды. М., 1964.

Гиляревский С. Г. О долге и совести врача. — «Медицинская газета», № 102 от 19 декабря 1975 г., с. 4.

Гиппократ. Избранные книги. М., 1936.
Гнездилов А. В. Об особенностях психического состояния больных, выписанных из онкологической клиники. — В кн.: Проблемы профилактики нервных и психических расстройств. Л., 1976, с. 75.
Громов А. П. Врачебная деонтология и ответственность медработника. М., 1969.
Гурвич С. С., Смольняков А. И. Врачебная этика и деонтология. — В кн.: Деонтология советского врача. Киев, 1976, с. 3.
Гусева Н. Аюр-Веда — «Книга жизни». — «Наука и жизнь», 1969, № 5, с. 62.
Давыдовский И. В. Проблемы причинности в медицине. М., 1962.
Давыдовский И. В. Геронтология. М., 1966.
Данилевский В. Я. Врач, его призвание и образование. Харьков, 1961.
Даштаянц Г. А., Снегур Е. А. Возрастание роли личности врача в профилактике заболеваний. — В кн.: Деонтология советского врача. Киев, 1976, с. 27.
Декларация, принятая в Хельсинки. Руководящие рекомендации для врачей, проводящих медико-биологические исследования, включающие опыты на людях. — «Хроника ВОЗ», 1977, № 1, с. 18.
Дерябин В. С. Чувства, влечения, эмоции. Л., 1974.
Завилянский И. Я. Врач и больной. Киев, 1964.
Захарьин Г. А. Клинические лекции. М., 1909.
Зачепицкий Р. А. Взаимоотношения врача и больного неврозом в процессе психотерапии. — В кн.: Вопросы психотерапии. М., 1966, с. 31.
Зачепицкий Р. А. Психологические аспекты психотерапии больных неврозами. — В кн.: Актуальные вопросы медицинской психологии. Л., 1974, с. 54.
Иванов Н. В. О диагностическом значении позиции личности при неврозах. — В кн.: Проблемы личности, т. 2. М., 1970, с. 217.
Изуткин А. М. Методологические проблемы медицинской психологии, этики, эстетики. М., 1968.
Кабанов М. М. Некоторые этические вопросы в психотерапии и реабилитации. — В кн.: Психотерапия при нервных и психических заболеваниях. Л., 1973, 21.
Кабанов М. М. К методологии реабилитации. — В кн.: IV Международный симпозиум по реабилитации психически больных. Л., 1974, с. 57.
Кабанов М. М. Развитие идей реабилитации в психиатрии. — «Журн. невропатол. и психиатр.», 1974, в. 7, с. 1071—1079.
Каганов В. М. Мировоззрение И. М. Сеченова М., 1948.
Карвасарский Б. Д. Актуальные задачи исследования личности и психотерапии в клинике неврозов. — В кн.: Психотерапия при нервных и психических заболеваниях. Л., 1973, с. 39.
Карвасарский Б. Д. Групповая психотерапия: значение и перспективы использования в комплексном лечении больных неврозами. — В кн.: Групповая психотерапия при неврозах и психозах. Л., 1975, с. 19.

Карвасарский Б. Д., Тупицин Ю. Я. Международная номенклатура неврозов и предложения к очередному (IX) ее пересмотру. В кн.: Неврозы и пограничные состояния. Л., 1972, с. 5.
Кассирский И. А. О врачевании. М., 1970.
Коломийченко М. И. Об этике советского врача. — В кн.: Актуальные вопросы хирургии. Киев, 1962, с. 16.
Кони А. Ф. К материалам о врачебной этике. Харьков, 1928.
Корж С. Б. Деонтология в онкологии. Минск, 1975.
Краинский Н. В. Порча, кликуши и бесноватые. Новгород, 1900 с. 140—141.
Краковский Н. И., Грицман Ю. Я. Ошибки в хирургической практике, М., 1959.
Критический анализ некоторых теорий и концепций в медицине буржуазных стран. М., 1972.
Крыжановский А. В. Деонтология в психиатрической клинике.— В кн.: Деонтология советского врача, Киев, 1976, с. 85—94.
Крылов И. Ф. Врач и закон (правовые вопросы врачебной деятельности), Л., 1972.
Кузнецов О. Н., Лебедев В. И. Психология и психопатология одиночества. М., 1972.
Кульчицкий К. И., Матяшин И. М. Обыденное и необыденное в профессии врача. — В кн.: Деонтология советского врача. Киев, 1976, с. 17.
Лебединский М. С. Очерки психотерапии. М., 1959.
Лебединский М. С., Мясищев В. Н. Введение в медицинскую психологию. Л., 1969.
Лежепекова Л. Н., Якубов Б. А. Вопросы психогигиены и психопрофилактики в работе практического врача. Л., 1977.
Либих С. С. Коллективная психотерапия неврозов. Л., 1974.
Лихтенштейн Е. И. Пособие по медицинской деонтологии. Киев, 1974.
Лурия Р. А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. М. — Л., 1939.
Макаренко А. С. Педагогическая поэма. М., 1957.
Мечников И. И. Этюды оптимизма. М., 1964.
Моисеев С. Г. Врачебная деонтология и тяжелобольные. — «Тер. арх.», 1973, № 8, с. 121.
Морозов В. М. О современных направлениях в зарубежной психиатрии и их идейных истоках. М., 1961.
Мудров М. Я. Избранные произведения. М., 1949.
Мягер В. К. Этические аспекты взаимоотношений врача и больного неврозом. — В кн.: Психотерапия при нервных и психических заболеваниях. Л., 1973, с. 53.
Мясищев В. Н. Личность и неврозы. Л., 1960.
Мясищев В. Н. Взаимоотношение врача и больного. — В кн.: Философские и социально-гигиенические аспекты учения о здоровье и болезни. М., 1975, с. 297.
Мясников А. Л. Гипертоническая болезнь М., 1964.
Натанзон Э. Ш. Психологический анализ поступков и способы педагогического воздействия на личность. М., 1968.
Наука быть счастливым. М., 1976.

Невзорова Т. А. Психотропные средства в соматической медицине. М., 1971.
Носов С. Д. Вопросы деонтологии в научно-исследовательской работе врача. М., 1975.
Нюрнбергский процесс. Сборн. материалов, т. 1. Изд. 2-е. М., 1954, с. 887.
Павлов И. П. Полное собрание сочинений, т. 3, кн. 1, 2. М.—Л., 1951.
Панаев И. И. Литературные воспоминания. М., 1950.
Паргыин Б. Д. Социальная психология. М., 1967.
Парыгин Б Д. Основы социально-психологической теории. М., 1971.
Первая Всесоюзная конференция по проблемам медицинской деонтологии. М., 1969.
Первомайский Б. Я. Некоторые вопросы деонтологии в психиатрии. — В кн.: Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии. Тамбов, 1974, с. 14.
Перов О. В. Опыты на людях в современной зарубежной медицине. (обзор литературы). — «Сов. здравоохр.», 1963, № 7, с. 71.
Петерсон Б. Е. Врач и онкологический больной. — «Вопр. онкол.», 1974, № 10, с. 148.
Петров Б. Д. Деонтология в истории отечественной медицины. — В кн.: Первая Всесоюзн. конф. по проблемам медицинской деонтологии. М., 1969, с. 3—7.
Петров Б. Д. Деонтология врачей гигиенистов. — «Гиг. и сан.», 1970, № 5, с. 9.
Петров Н. Н. Вопросы хирургической деонтологии. М., 1956.
Петровский А. В. К разработке социально-психологического подхода к групповой психотерапии. — В кн.: Групповая психотерапия при неврозах и психозах. Л., 1975, с. 7.
Петровский Б. В. Перо и скальпель. — «Журналист», 1968, № 9, с. 5—7.
Петровский Б. В. Задачи советского здравоохранения по претворению в жизнь решений XXV съезда КПСС. Докл. на Всесоюзн. совещ. актива работников здравоохр. — «Медицинская газета», № 97, 3 декабря 1971.
Писарев Д. И. Основные проблемы врачебной этики и медицинской деонтологии. М., 1969.
Платонов К. И. Слово как физиологический и лечебный фактор. М., 1962.
Погибко Н. И. Материалы к судебно-психиатрической экспертизе реактивных психозов с затяжным течением. Автореф. дисс. докт. Харьков, 1961.
Погибко Н. И. Индуцированные психозы. М., 1970.
Попов В. Д. О психической травме словом, как причине скоропостижной и насильственной смерти. — Труды Смоленск. мед. ин-та, т. 19, Смоленск, 1964, с. 181.
Поршнев Б. Ф. Социальная психология и история. М., 1966.
Проблемы здравоохранения и права человека. — «Хроника ВОЗ», 1977, № 1, с. 12 и 18.
Рагинский М. Ю., Розенблит С. Я., Смирнов Л. Н. Бактериологическая война — преступное орудие империалистиче-

ской агрессии (Хабаровский процесс японских военных преступников). М., 1950.

Реабилитация (восстановительное лечение) больных инфарктом миокарда (для врачей-терапевтов). Методические рекомендации. М., 1973.

Ревенок Е. Н. Деонтология в клинике внутренних болезней. — В кн.: Деонтология советского врача. Киев, 1976, с. 52—112.

Рожнов В. Е. Медицинская деонтология и психотерапия. — В кн.: Руководство по психотерапии. М., 1974, с. 18.

Рожнов В. Е., Фельдман М. И. Деонтология в психотерапии неврозов и других заболеваний. — В кн.: Деонтология советского врача. Киев, 1976, с. 93.

Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней. М., 1972.

Рубцов В. Избрав медицину. — «Мед. газета», № 14, от 18 февраля 1977 г., с. 2.

Свядощ А. М. Неврозы и их лечение. М., 1971.

Семашко Н. А. Избранные произведения. М., 1967.

Семичев С. Б. Элементы групповой психотерапии и психопрофилактики в первобытном обществе. — В кн.: Групповая психотерапия при неврозах и психозах. Л., 1975, с. 113—127.

Скрябин Н. А. Избранные произведения. М., 1967.

Слободяник А. П. Психотерапия. Внушение. Гипноз. Киев, 1963.

Служба планирования семьи для психически неполноценных лиц. — «Бюлл. ВОЗ», февраль 1976, т. 52, № 2, с. 85.

Снежневский А. В. Предисловие к книге «Медицинский оккультизм». М., 1971, с. 5.

Степановская Г. К. О взаимоотношении врача и больного. — В кн.: Деонтология советского врача. Киев, 1976, с. 67.

Тарханов И. Р. Дух и тело. — «Прилож. к журн. «Вестник и библиотека самообразования», 1904, с. 155, 160.

Ташлыков В. А. Клинико-экспериментальное исследование взаимоотношений врача и больного в процессе психотерапии. — В кн.: Неврозы и пограничные состояния. Л., 1972, с. 38.

Телешевская М. Э., Погибко Н. И. Клинические варианты неврозов и реактивных психозов послевоенного времени. — В кн.: Пограничные состояния. М., 1963, с. 187—192.

Телешевская М. Э. Наркопсихотерапия при неврозах. Л., 1969.

Телешевская М. Э. Характеристика психогений. — В кн.: Нервнопсихические нарушения в позднем возрасте. Л., 1972, с. 65.

Телешевская М. Э. Актуальные проблемы неврозов. — В кн.: Неврозы. Материалы республ. конф. невропатологов и психиатров УССР. Харьков, 1974, с. 10.

Телешевская М. Э., Арутюнян В. М. Методики психотерапии. Ереван, 1970.

Ульянова-Елизарова А. И. Воспоминания об Ильиче. — В кн.: В. И. Ленин о литературе и искусстве. М., 1960, с. 116.

Хвиливицкий Т. Я. Психопатологическая динамика и реадаптация душевнобольных. — В кн.: Вопросы современной психоневрологии. Л., 1966, с. 504—515.

Царегородцев Г. И. Проблемы социального и биологического в медицине. М., 1965.
Царегородцев Г. И. Диалектический материализм и медицина. М., 1966.
Царегородцев Г. И. Некоторые философские вопросы медицинской этики. — В кн.: Первая Всесоюзн. конф. по проблемам медицинской деонтологии. М., 1969, с. 5.
Чеботарева Э. П. Врачебная этика. М., 1970.
Черваков В. Ф. Судебно-медицинская деонтология. М., 1957.
Шатилов П. И. Клинические лекции. Харьков, 1927.
Эльштейн Н. В. Врач, больной и время. Таллин, 1970.
Эльштейн Н. В. Диалог о медицине. Таллин, 1975.
Юдин С. С. Творчество хирурга. — «Вестн. хир.», 1961, № 12. с. 3.
Юдин С. С. Размышления хирурга. М., 1968.
Юдин С. С. Мысли о медицине. М., 1968.
Юмашев Г. С., Ренкер К. Основы реабилитации. М., 1973.
Якобсон П. М. Личность. М., 1971.
Allers R. Über psychogene Störungen in Sprachfremder Umgebung (Der Verfolgungswahn der Sprachlich isolierten). — «Z. ges. Neurol. u. Psychiat.», 1920, Bd. 60, S. 281.
Bernard C. Principes de medicine experimentale. Paris, 1947, p. 136.
Brun R. Allgemeine Neurosenlehre. Basel, 1951.
Burger M. Altern und Krankheit als problem der Biomorphose. Leipzig, 1960.
Bergmann G. Die funktionelle Pathologie. Berlin, 1932.
(Chertok L.) *Шерток Л.* Психотерапия: искусство или наука?— «Лит. газета» № 47 от 24 ноября 1976 г.
Ellis Y. To-morrow's Doctors. — «Brit. Med. J.», 1965, v. I, № 5450, p. 1571.
Fromm E. Man for himself. Chicago, 1947.
(Furst J.) *Фурст Дж. Б.* Невротик, его среда и внутренний мир. Пер. с англ. М., 1957.
(Gellhorn E., Loofbourrow J. N.) *Гельгорн Э., Луфборроу Дж.* Эмоции и эмоциональные расстройства. Пер. с англ. М., 1966.
(Glaser H.) *Глязер Г.* Драматическая медицина. Пер. с нем. М., 1962.
(Gross M. L.) *Гросс М. Л.* Доктора. Сокр. пер. с англ. — «Наука и жизнь», 1969, № 2, с. 86.
(Hardi I.) *Харди И.* Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. Пер. с венг. Изд. 2-е. Будапешт, 1972.
Häublein H. u. Kersten E. Der Artz im Betriebgesundheitsschutz, Bd. XI. Unter Mitwirkung von K. H. Bartels e. a. Berlin, 1959, S. 634.
Heinemann L., Eumann G., Schneider K., Spaar H. Artz und Patient in sozialistischen desellschaft.—„Zschr. Arztl. Fortbild.», 1973, Bd. 67, H. II, S. 1529.
Höck K. Zur Atiopathogenese der Neurosen. In Neurosen, Verl. d. Wissenschaften. Berlin, 1971.
Kehrer H. Die zerebrale gefässclerose. Stuttgart, 1959.
(Kreindler A.) *Крейндлер А.* Астенический невроз. Пер. с рум. Бухарест, 1963.

(Kielanowski T.) *Келановски Т.* Пропедевтика медицины. Пер. с польск. М., 1968.
(Gook F. G.) *Кук Ф. Дж.* Заговор против пациента. Пер. с англ. М., 1972.
(Konecny R., Bouchal M.) *Конечный Р., Боухал М.* Психология в медицине. Пер. с чешск. Прага, 1974.
Kratochvil S. Psychotherapie. Praha, 1976.
(Leriche R.) *Лериш Р.* Воспоминание о моей минувшей жизни. Пер. с франц. М., 1966.
Leonhard K. Inidividualtherapie und Prophylaxe der hysterischen, anakastischen und sensohypondrischen Neurose. Jena, 1959.
Mallet H. La Profession medicale dans l'Europe du Marche Commup.—„Presse. Med.", 1964, t. 72, № 29, p. 1754.
(Prokop O. e. a.) *Прокоп О.* и др. Естествознание и суеверие. Парамедицина. Пер. с нем. М., 1971.
(Prokop O.) *Прокоп О* и др. Парамедицина. Пер. с нем. М., 1971.
Rathke M. Der Artz-Wahrer der Interessen seiner Patienten. — «Zschr. Ärztl. Fortbild.», 1969 Bd. 63, S. 54.
Renker K. Reabilitation. Berlin, 1962.
Rogers C. Client-centredtherapie. Boston, 1951.
Schilder P. Medizinische Psychologie. Berlin, 1924.
Schorr K. Zum Artz-Patient-Verhältnis. — «Zschr. f. Ärztl. Fortbild.», 1969, Bd. 3, H. 20, S. 1099.
(Selye H.) *Селье Г.* Очерки об адаптационном синдроме. Пер. с англ. М., 1960.
Schilder P. Medizinische Psychologie. Berlin, 1924.
Szewecyk H. Bedentung des Gespraches zwischen Arzt und Patient. «Zschr. Arztl. Fortbild.», 1973, Bd. 67, H. 8, S. 385.
Чолаков В., Вълчев А., Аврамова М., Попвасилов Ив. Въпроси на морала лекарската етика и деонтолгията. София, 1974.
Wiesenhütter E. Medizinische Psychologie für vorkliniker. München-Berlin, 1960.
(Wright G.) *Райт Г.* Свидетель колдовства. Пер. с англ. М., 1971.

СОДЕРЖАНИЕ

ИБ № 413

Мария Эмильевна Телешевская,
Николай Иванович Погибко

ВОПРОСЫ ВРАЧЕБНОЙ ДЕОНТОЛОГИИ

Редактор Р. А. Зачепицкий
Художественный редактор А. И. Приймак
Обложка художника Б. А. Быкова
Технический редактор Т. И. Бугрова
Корректор А. Ф. Лукичева

Сдано в набор 22.08.77. Подписано в печать 27.01.78. М-25782. Формат бумаги 84×108$^{1}/_{32}$. Бумага типографская № 2. Гарнитура обыкновенная новая. Печать высокая. Усл. печ. л. 8,4. Уч.-изд. л. 8,59. Тираж 11 000 экз. Заказ № 727. Цена 55 коп.

Ленинград, «Медицина», Ленинградское отделение.
192104, Ленинград, ул. Некрасова, д. 10.

Ордена Трудового Красного Знамени
Ленинградская типография № 2
имени Евгении Соколовой
Союзполиграфпрома при Государственном комитете
Совета Министров СССР по делам издательств,
полиграфии и книжной торговли
198052, Ленинград, Л-52, Измайловский проспект, 29.

55 коп.

МЕДИЦИНА·1978


М. Э. Телешевская, Н. И. Погибко